

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ПЕДИАТРИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.45 Педиатрия
семестры реализации дисциплины	8, 9, 10 семестры
форма контроля	Зачеты в 8, 9 семестрах, экзамен в 10 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач	Знать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для интерпретации результатов клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики в педиатрии.
		Уметь использовать приобретенные знания о морфофункциональных, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека для диагностики и лечения заболеваний в педиатрии.
		Практический опыт оценки клинико-лабораторных исследований для диагностики патологических процессов организма человека в педиатрии.
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в педиатрии.
		Уметь составлять план медикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии в педиатрии; применять информационные системы для контроля эффективности безопасности лечения с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций в педиатрии.
		Практический опыт решения профессиональных задач с использованием лекарственных

		препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и стандартами медицинской помощи детям.
ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	Знать клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания и правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии и правила выполнения дефибрилляции при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания; лекарственные препараты и медицинские изделия, используемые при оказании медицинской помощи детям в экстренной или неотложной формах, их характеристики, показания и способы применения, противопоказания и нежелательные лекарственные реакции.
		Уметь выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах у детей разных возрастных групп, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме и мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)
		Практический опыт оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; навыками распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни у детей разных возрастных групп и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания	Знать особенности этиологии, патогенеза и патоморфологии, клинической картины патологических состояний у детей; учитывать взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию на

<p>диагноза</p>	<p>пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования</p> <p>ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>различных уровнях; дифференциальную диагностику, течение различных заболеваний у детей; возможные варианты осложнений, их коррекцию и исходы у детей разных возрастных групп; методы лабораторных, инструментальных исследований для установления предварительного, основного клинического диагноза, сопутствующих состояний в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); медицинские показания к проведению исследований, правила их интерпретации; порядки оказания медицинской помощи детям, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях</p> <p>Уметь разрабатывать план обследования пациента для постановки предварительного, а затем основного клинического диагноза, сопутствующих состояний и осложнений в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, при необходимости направление пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные; проводить дифференциальную диагностику с целью верификации диагноза.</p> <p>Практический опыт сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания пациента; методами проведения физикального обследования ребенка; составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента с различной патологией; методикой проведения дифференциально-диагностического поиска с целью верификации основного клинического диагноза в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p>
<p>ПК – 3 Способен назначить лечение и</p>	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения</p>	<p>Знать современные подходы к применению лекарственных препаратов, их комбинаций, медицинских изделий и</p>

<p>контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2</p> <p>Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>продуктов лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях у детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи детям, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи при различных патологиях у детей; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания у детей, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.</p>
	<p>ПК-3.3</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>	<p>Уметь составлять план лечения заболеваний и состояний пациента с учетом клинического диагноза, возраста, характера течения заболевания, его тяжести в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи детям, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям при различной патологии; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, не медикаментозное лечение с учетом клинического диагноза, возраста, особенностей течения болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям.</p>
		<p>Практический опыт разработки планов лечения различных заболеваний с учетом клинического диагноза, возраста, особенностей течения заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям при различных патологиях; навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания.</p>

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

8 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
9 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>

**Тестовые задания (ответы размещены в конце банка тестовых заданий)
Компетенции ОПК-5, ОПК-7, ПК-2, ПК-3**

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Преобладание лимфоцитов над нейтрофилами в лейкограмме здорового ребенка наблюдается в возрасте:

- 1) до 5 дней жизни
- 2) 5-10 лет
- 3) с 5 дней до 5 лет

2. Первый перекрест кривой нейтрофилов и лимфоцитов происходит в возрасте:

- 1) 2-3 дней
- 2) 5-6 дней
- 3) 4-5 месяцев
- 4) 1 год

3. Количество нейтрофилов (в %) в лейкограмме здорового ребенка в возрасте от 10 дней жизни до 4-х лет составляет:

- 1) 25-30
- 2) 15-20
- 3) 10-15
- 4) 40-45
- 5) 50-60

4. Возраст начала прорезывания зубов у здорового ребенка:

- 1) 4-5 месяцев
- 2) 5-6 месяцев
- 3) 6-7 месяцев
- 4) 9-10 месяцев

5. Большой родничок закрывается у здорового ребенка:

- 1) в 5 месяцев

- 2) в 9 месяцев
- 3) в 12-18 месяцев
- 4) в 2 года

6. Средняя ежемесячная прибавка массы тела у ребенка первого года составляет 800 г:

- 1) в возрасте до 6 месяцев
- 2) в возрасте после 6 месяцев

7. Масса тела здорового доношенного ребенка увеличивается в 2 раза:

- 1) к 3 месяцам
- 2) к 4-5 месяцам
- 3) к 6-7 месяцам
- 4) к 2 месяцам

8. Увеличение роста здорового доношенного ребенка за первый год жизни происходит:

- 1) на 25 см
- 2) на 35 см
- 3) на 15 см
- 4) на 40 см

9. Физиологическая потеря массы тела у новорожденного максимальна:

- 1) на 1-2 день жизни
- 2) на 3-4 день жизни
- 3) на 4-5 день жизни

10. Физиологическая потеря массы тела у здорового новорожденного от первоначальной массы составляет:

- 1) 6-8%
- 2) 10%
- 3) до 5%
- 4) более 10%

11. Отдел позвоночника и спинного мозга ребенка, наиболее часто подвергающийся повреждениям при родах:

- 1) шейный
- 2) поясничный
- 3) грудной

12. Пуэрильное дыхание выслушивается у детей в возрасте:

- 1) до 6 месяцев
- 2) с 7 до 12 лет
- 3) с 6 месяцев до 5 лет

13. Частота дыхания у здорового ребенка в возрасте 1 года составляет:

- 1) 30-35 в минуту
- 2) 18-20 в минуту
- 3) 40-45 в минуту

14. В процессе исследования ребенка 5 месяцев врач сдавливает пальцами мягкие ткани на внутренней поверхности бедра. Что врач определяет таким образом?

- 1) тургор мягких тканей
- 2) эластичность кожи

- 3) степень развития подкожно-жирового слоя
- 4) склерему

15. К особенностям строения полости носа у детей первого года жизни относят:

- 1) узкие носовые ходы
- 2) хорошо развитая кавернозная ткань
- 3) недостаточное развитие хоан
- 4) отсутствие нижнего носового хода
- 5) повышение васкуляризации слизистой

16. Частота дыхательных движений у детей 5 лет составляет в минуту:

- 1) 16-20
- 2) 20-25
- 3) 30-40
- 4) 40-50

17. Какое количество зубов у здорового ребенка 12 месяцев:

- 1) 0
- 2) 3-4
- 3) 1-2
- 4) 5-6
- 5) 8

18. Укажите сроки второго периода вытяжения (ускорения роста):

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

19. Средняя длина тела, доношенного новорожденного составляет:

- 1) 50-53 см
- 2) 45-47 см
- 3) 47-49 см
- 4) 53-55 см
- 5) 55-56 см

20. Окружность головы доношенного ребенка при рождении составляет:

- 1) 34-36 см
- 2) 30-32 см
- 3) 32-34 см
- 4) 36-38 см
- 5) 38-40 см

21. Окружность груди доношенного ребенка при рождении составляет:

- 1) 36-38 см
- 2) 32-34 см
- 3) 34-36 см
- 4) 30-32 см
- 5) 28-30 см

22. Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми:

- 1) Выше
- 2) Ниже

3) Такая же

23. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 месяц:

- 1) Совершает ищущие повороты головы на звук
 - 2) Хорошо удерживает голову в вертикальном положении
 - 3) Вздрагивает при резком звуке
 - 4) Прослеживает взором за движущимся предметом
 - 5) Фиксирует взор на ярком предмете
- Появляется улыбка при спокойном бодрствовании

24. Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 месяцев:

- 1) Ест с ложки, снимая пищу губами
- 2) Различает интонации
- 3) Берет в руку игрушку из различных положений
- 4) Произносит отдельные слоги
- 5) Хорошо ползает

Поворачивается со спины на живот и обратно

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

25. Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 месяцев:

- 1) На вопрос «Где?» находит предмет в разных местах
- 2) Самостоятельно ходит
- 3) Пьет из чашки самостоятельно
- 4) Ходит, слегка придерживаясь за предметы
- 5) Знает 10-12 слов

26. Физиологическими особенностями кожи детей раннего возраста являются:

- 1) Хорошо развита резорбция через кожу
- 2) Хорошо развита защитная функция
- 3) Несовершенна регуляция температуры тела через кожу
- 4) Недостаточно развита выделительная функция
- 5) Низкая интенсивность дыхания через кожу

27. Особенности подкожной жировой клетчатки у грудных детей являются:

- 1) Относительная масса подкожной жировой клетчатки меньше, чем у взрослых
- 2) Жировые клетки мелкие, содержат ядра
- 3) Жировые клетки крупные, не содержат ядра
- 4) Относительная масса подкожной жировой клетчатки больше, чем у взрослых
- 5) Сохранение в подкожной жировой клетчатке участков эмбриональной ткани
- 6) Отсутствие бурой жировой ткани

28. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных в среднем:

- 1) Появляется на 2-3, исчезает на 7-10 день жизни
- 2) Появляется на 1-2, исчезает на 5-7 день жизни
- 3) Появляется на 4-5, исчезает на 10-14 день жизни

29. Закрытие швов черепа у доношенных детей происходит к:

- 1) 1 месяцу
- 2) 2-3 месяцам
- 3) 3-4 месяцам
- 4) 4-6 месяцам

30. Соответствие количества молочных зубов возрасту ребенка рассчитывается по формуле (n – возраст ребенка в месяцах):

- 1) $n - 2$
- 2) $n - 6$
- 3) $n - 8$
- $n - 4$

31. Определение костного возраста имеет значение для:

- 1) Оценки нервно-психического развития
- 2) Оценки отклонения в росте и развитии
- 3) Оценки полового развития
- 4) Оценки биологического возраста
- 5) Оценки отклонения в массе
- 6) Для контроля над применением стероидов

32. У новорожденного ребенка состояние мышц характеризуется

- 1) Мышечной гипотонией
- 2) Преобладанием тонуса мышц-сгибателей конечностей
- 3) Преобладанием тонуса мышц-разгибателей конечностей
- 4) Во время сна мышцы расслабляются
- 5) Основная масса мышц приходится на мышцы туловища
- 6)

33. При заболеваниях детей раннего возраста развитию обструкции бронхов способствуют:

- 1) Недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
- 2) Недоразвитие хрящевого каркаса и эластических волокон
- 3) Узость просвета бронхов
- 4) Гиперсекреция слизи
- 5) Отсутствие коллатеральной вентиляции

34. У доношенных новорожденных частота дыхания составляет при спокойном бодрствовании:

- 1) 25-30 в 1 минуту
- 2) 30-40 в 1 минуту
- 3) 40-50 в 1 минуту
- 4) 60-70 в 1 минуту

35. Анатомическими особенностями полости носа у детей раннего возраста являются:

- 1) Недоразвитие полостей
- 2) Нежность слизистой оболочки
- 3) Узость носовых ходов
- 4) Не сформирован нижний носовой ход
- 5) Плотность хрящей

36. Особенности лёгочной ткани у детей раннего возраста являются:

- 1) Обильное развитие кровеносных сосудов
 - 2) Недоразвитие эластической ткани
 - 3) Хорошая воздушность лёгочной ткани
 - 4) Недостаточное развитие альвеол
 - 5) Широкие бронхиолы
- Недостаточное развитие ацинуса

37. С какого возраста соотношение частоты дыхания и пульса составляет 1:4
- 1) С 6 месяцев
 - 2) С 5 лет
 - 3) С 10 лет
 - 4) С 1 года
38. У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет:
- 1) 140 в 1 минуту
 - 2) 90 в 1 минуту
 - 3) 110 в 1 минуту
 - 4) 170 в 1 минуту
39. У годовалого ребенка средняя частота сердечных сокращений составляет:
- 1) 100 в 1 минуту
 - 2) 120 в 1 минуту
 - 3) 140 в 1 минуту
 - 4) 160 в 1 минуту
40. Среднее систолическое артериальное давление (мм рт. ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:
- 1) $60+2n$
 - 2) $70+2n$
 - 3) $90+2n$
 - 4) $100+n$
41. У новорожденного левая граница относительной тупости сердца находится:
- 1) Кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
 - 2) По срединно-ключичной линии
 - 3) По передней подмышечной линии
 - 4) Кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см
42. Отличительными признаками функционального шума в сердце у детей являются:
- 1) Связан с тонами
 - 2) Тихий, мягкий тембр
 - 3) Короткий
 - 4) Постоянный
 - 5) Меняется после физической нагрузки
 - 6) Не проводится экстракардиально
43. Проекция верхушки сердца у детей смещается с IV в V межреберье в возрасте:
- 1) 1 года
 - 2) 1,5 лет
 - 3) 3 лет
 - 4) 5 лет
44. Повышение артериального давления с возрастом у дошкольников связано с:
- 1) снижением общего периферического сопротивления сосудов
 - 2) повышением активности надпочечников с увеличением выработки минералокортикоидов и катехоламинов
 - 3) повышением тонуса сосудов мышечного типа
45. Основными особенностями ЭКГ у здоровых детей являются:

- 1) возможное наличие синусовой дыхательной аритмии
- 2) выраженная ригидность ритма сердечных сокращений
- 3) наличие у некоторых детей неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- 4) преобладание горизонтальной позиции сердца
- 5) возможность сохранения отрицательных зубцов Т в III и однополюсных грудных отведениях (от V1 до V4)

46. Укажите порядок аускультации сердца по точкам:

- 1) второе межреберье слева у края грудины
- 2) второе межреберье справа у края грудины
- 3) нижняя треть грудины у мечевидного отростка, несколько правее от средней линии
- 4) область верхушечного толчка
- 5) точка Боткина

47. Признаками начала вагусного влияния на сердце ребенка является:

- 1) тенденция к урежению ЧСС
- 2) возникновение дыхательной аритмии
- 3) тенденция к тахикардии
- 4) появление мягкого систолического шума на верхушке

48. Основными моментами перестройки кровообращения у детей после рождения являются:

- 1) открытие артериального и венозного протоков
- 2) прекращение плацентарного кровообращения
- 3) уменьшение сердечного выброса и системного сосудистого сопротивления
- 4) переключение насосов правого и левого сердца из параллельно работающих в последовательно включенные
- 5) включение в полном объеме сосудистого русла малого круга кровообращения

49. Анатомическое закрытие артериального протока у подавляющего большинства детей наблюдается в возрасте:

- 1) сразу после рождения
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяца
- 4) 2 месяцев

50. Транзит пищи по желудочно-кишечному тракту у детей 1 года жизни:

- 1) Происходит медленнее
- 2) При искусственном вскармливании пища проходит быстрее
- 3) При естественном вскармливании пища проходит быстрее
- 4) Вид вскармливания не имеет значения
- 5) Происходит быстрее

51. Морфологическими особенностями желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста являются:

- 1) Низкая секреторная функция железистой ткани
- 2) Слабая васкуляризация подслизистого слоя
- 3) Низкое содержание ферментов в пищеварительных соках
- 4) Легко ранимая слизистая оболочка

52. У детей первых лет жизни, по сравнению со взрослыми, почки отличаются:

- 1) Относительно большой величиной
- 2) Дольчатым строением

- 3) Меньшей подвижностью
- 4) Относительно более низким расположением
- 5) Возможностью пальпации нижнего полюса почки

53. У детей раннего возраста к легкости нарушения уродинамики (застоя мочи) предрасполагают:

- 1) Хорошее развитие эластических волокон
- 2) Хорошее развитие мышечной ткани
- 3) Относительно широкий просвет мочеточников
- 4) Гипотония стенок мочеточников и лоханок
- 5) Относительно длинные и извитые мочеточники

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Установите 3 периода в питании детей, начиная с внутриутробного:

- 1)
- 2)
- 3)

2. Соотношение белков, жиров и углеводов в женском молоке:

- 1) 1:3:6
- 2) 1:2:4
- 3) 1:4:8
- 4) 1:1,5:3

3. Если ребенок питается грудным молоком, то вскармливание называется:

- 1) естественным
- 2) искусственным
- 3) смешанным

4. Назовите этапы развития лактации:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

5. Оптимальное для усвоения соотношение кальция и фосфора в женском молоке составляет:

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

6. Установите соответствие:

- | | |
|---------------------|--|
| Возраст ребенка: | Суточная потребность в ккал/кг массы тела: |
| 1) до 6 месяцев | а) 110 |
| 2) старше 6 месяцев | б) 115 |
| | в) 100 |
| | г) 120 |

7. В качестве первого прикорма используется:

- 1) творог

- 2) сок
- 3) овощное пюре
- 4) кефир
- 5) мясо

8. Дополните: неадаптированными молочными смесями для искусственного вскармливания называются смеси, изготовленные из коровьего молока путем его

9. Ребенок может получать фруктовые соки:

- 1) с рождения
- 2) с 4-го месяца
- 3) с 6-го месяца
- 4) с 8-го месяца

10. При искусственном вскармливании неадаптированными смесями по сравнению с адаптированными потребность в белках и энергии:

- 1) меньше
- 2) больше
- 3) такая же

11. Первый условный рефлекс на подготовку к кормлению вырабатывается в возрасте:

- 1) 1-2 недели
- 2) сразу после рождения
- 3) на 2-м месяце
- 4) 2-3 недели

12. Отношение сывороточных белков к казеину в женском молоке составляет:

- 1) 50:50
- 2) 60:40
- 3) 30:70
- 4) 80:20

13. Дополните: постепенное введение новых гетерогенных продуктов питания ребенку первого года жизни называется

14. В женском молоке выявлены иммуноглобулины класса:

- 1) A
- 2) M
- 3) G
- 4) D
- 5) E

15. Сниженная секреторная способность молочных желез называется

16. Количество белка, необходимое ребенку на естественном вскармливании на 1 кг массы тела в сутки (до введения прикорма), составляет:

- 1) 3-3,5 г
- 2) 5 г
- 3) 4-4,5 г
- 4) 2-2,5 г

17. Преимущества женского молока перед молоком животных по углеводам:

- 1) наличие альфа-лактозы в составе углеводов
- 2) наличие бета-лактозы в составе углеводов
- 3) количественное преобладание углеводов
- 4) более сладкий вкус

18. Молозиво богаче зрелого женского молока по количеству белков:

- 1) в 2 раза
- 2) в 3 раза
- 3) в 4-6 раз
- 4) в 5-10 раз

19. Энергетическая ценность зрелого женского молока по сравнению с молозивом:

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) такая же

20. Установите соответствие:

Возраст ребенка:	Число кормлений в сутки:
1) 1 месяц	а) 8
2) 3 месяца	б) 7
3) 5 месяцев	в) 6
	г) 5

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

22. В молозиве в отличие от зрелого женского молока содержится:

- 1) больше белка
- 2) больше концентрация Ig A
- 3) выше содержание антиоксидантов
- 4) больше углеводов
- 5) больше жира

23. Преобладающими фракциями белков женского молока являются:

- 1) сывороточные пищевые белки (лактальбумины, лактоглобулины и др.)
- 2) сывороточные непищевые белки (Ig A, лактоферрин и др.)
- 3) казеины

24. Жиры женского молока у детей 1-го года жизни обеспечивают (% энергетических потребностей):

- 1) 75
- 2) 50
- 3) 25
- 4) 10

25. Особенности жиров женского молока являются:

- 1) небольшое преобладание ненасыщенных жирных кислот в составе триглицеридов
- 2) высокая усвояемость
- 3) низкая степень дисперсности
- 4) сравнительно высокий уровень холестерина
- 5) сравнительно низкий уровень холестерина

26. К особенностям углеводов женского молока относятся следующие:

- 1) относительно высокое содержание олигосахаридов
- 2) сравнительно высокое содержание
- 3) количественное преобладание лактозы
- 4) количественное преобладание сахарозы
- 5) сравнительно низкое содержание

27. К особенностям β -лактозы женского молока относятся следующие:

- 1) обладает свойствами пребиотика
- 2) часть метаболизируется микрофлорой толстой кишки
- 3) метаболиты обеспечивают кислую реакцию фекалий
- 4) метаболиты обеспечивают щелочную реакцию фекалий
- 5) метаболизируется полностью в тонкой кишке

28. Секрция пролактина:

- 1) обеспечивает выделение молока из молочной железы
- 2) обеспечивает продукцию молока в молочной железе
- 3) способствует накоплению молока в промежутке между кормлениями
- 4) происходит днем и ночью
- 5) происходит только днем

29. Секрция окситоцина:

- 1) способствует накоплению молока в промежутке между кормлениями
- 2) способствует выделению молока из молочной железы для текущего кормления
- 3) усиливает маммогенез
- 4) вызывает сокращение миоэпителиальных клеток молочной железы

30. При вскармливании детей первых месяцев жизни следует предпочесть режим:

- 1) свободного вскармливания (кормлений «по требованию»)
- 2) кормлений в фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком
- 3) регламентированных кормлений по часам и объему

31. Ночные кормления детей первых месяцев жизни грудью матери:

- 1) не рекомендуются
- 2) рекомендуются
- 3) способствуют становлению лактации и обеспечивают ее длительность
- 4) уменьшают лактацию, т.к. нарушают сон матери

32. К факторам, усиливающим лактацию у матери, относятся:

- 1) редкие прикладывания к груди
- 2) волнение, тревога
- 3) «голодный» крик ребенка
- 4) мысли о голодном ребенке
- 5) полное опорожнение молочных желез
- 6) ночные кормления грудью

33. К факторам, угнетающим лактацию у матери, относятся:

- 1) ночные кормления грудью
- 2) частые прикладывания к груди
- 3) редкие прикладывания к груди
- 4) стресс, боль
- 5) неполное опорожнение молочных желез

34. Необходимость введения прикорма ребенку 1-го года жизни связана с:

- 1) появлением у матери лактационных кризов

- 2) увеличением потребностей ребенка в пищевых ингредиентах и энергии
 - 3) увеличением потребностей ребенка в минералах, микроэлементах, особенно в железе, витаминах
 - 4) развитием гипогалактии у матери
 - 5) необходимостью развития и тренировки пищеварительной системы
35. К правилам введения прикорма относятся:
- 1) прикорм начинают вводить после кормления грудью
 - 2) прикорм начинают вводить перед кормлением грудью
 - 3) прикорм дают преимущественно с ложки
 - 4) прикорм дают из бутылочки с соской
 - 5) начинают с малых количеств и постепенно доводят до нужного объема
 - 6) начинают с $\frac{1}{2}$ разового объема порции
36. Предпочтительнее использовать продукты прикорма:
- 1) приготовленные в домашних условиях
 - 2) промышленного выпуска
37. Преимуществами прикорма промышленного производства являются:
- 1) обогащение сахаром
 - 2) оптимальная степень измельчения в соответствии с потребностями ребенка
 - 3) широкий спектр исходных продуктов
 - 4) высокое качество экологически чистого исходного сырья
 - 5) обогащение витаминами, железом и другими микронутриентами
38. Полное отлучение ребенка от груди матери рекомендуется в возрасте (в месяцах):
- 1) 6-12
 - 2) 10-14
 - 3) 12-18
 - 4) после 24

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

39. Использование детского кефира как прикорма в рационе питания детей 1-го года жизни:
- 1) не рекомендуется
 - 2) допускается не ранее 6 месяцев
 - 3) допускается не ранее 8 месяцев
 - 4) лучше использовать последующие формулы кисломолочных смесей
40. Гипогалактией называется:
- 1) понижение секреторной способности молочных желез
 - 2) самопроизвольное истечение молока из груди матери
 - 3) нарушение равновесия между секрецией и количеством высасываемого молока
41. При впервые выявленной гипогалактии для повышения лактации рекомендуется:
- 1) прикладывать ребенка к груди матери в строго фиксированные часы
 - 2) более частое прикладывание ребенка к груди матери, «по требованию» ребенка
 - 3) ночное кормление грудью матери
 - 4) ночные кормления не рекомендуются
 - 5) использовать в рационе питания матери лактогенные фиточаи
42. В рацион здорового и правильно развивающегося ребенка фруктовый сок вводится:
- 1) в 1 месяц
 - 2) в 3 месяца

- 3) в 6 месяцев
- 4) в 8 месяцев
- 5) в 12 месяцев

43. В рацион здорового и правильно развивающегося ребенка творог вводится:

- 1) в 1 месяц
- 2) в 3 месяца
- 3) в 6 месяцев
- 4) в 8 месяцев
- 5) в 12 месяцев

44. В рацион здорового и правильно развивающегося ребенка куриный желток вводится:

- 1) в 1 месяц
- 2) в 3 месяца
- 3) в 5 месяцев
- 4) в 7 месяцев
- 5) в 9 месяцев

45. Здорового доношенного ребенка следует приложить к груди:

- 1) в первые 30 минут
- 2) в первые 2 часа
- 3) через 12 часов
- 4) через 24 часа

46. Дополните: дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока называется

47. Смешанным вскармливанием называется питание грудного ребенка, когда наряду с женским молоком он получает:

- 1) фруктовое пюре
- 2) донорское молоко
- 3) овощное пюре
- 4) детские молочные смеси

48. Потребность в белках у недоношенных детей по сравнению со здоровыми доношенными детьми:

- 1) больше
- 2) меньше
- 3) одинаковая

49. Суточная потребность в углеводах у детей первого года жизни при всех видах вскармливания составляет (г/кг):

- 1) 10-11
- 2) 11-12
- 3) 14-15
- 4) 12-14

50. Докорм назначается:

- 1) до кормления грудью
- 2) после кормления грудью
- 3) вместо кормления грудью

51. «Обогатители» женского молока называются:

- 1) фортификаторы
- 2) докорм

3) активаторы

52. В качестве докорма у ребенка 3-х месяцев при смешанном вскармливании необходимо использовать:

- 1) каша
- 2) овощное пюре
- 3) простые питательные смеси
- 4) соки
- 5) адаптированные молочные смеси

53. Адаптированные молочные смеси делятся на:

- 1) кислые
- 2) сухие
- 3) сложные
- 4) простые
- 5) сладкие
- 6) жидкие

54. Вскармливание называется искусственным, если ребенок на первом году жизни:

- 1) получает 1/3 суточного объема женского молока и 2/3 молочных смесей
- 2) в качестве основного продукта питания получает детские молочные смеси
- 3) получает женское молоко и продукты прикорма

55. Для вскармливания детей, лишенных женского молока, рекомендуется использование:

- 1) цельного и разведенного коровьего молока
- 2) цельного и разведенного кефира
- 3) детских адаптированных молочных смесей промышленного выпуска
- 4) молочных каш

56. Коррекция белкового компонента коровьего молока при создании АМС включает:

- 1) уменьшение общего содержания белка
- 2) введение белков деминерализированной молочной сыворотки
- 3) увеличение общего содержания белка
- 4) оптимизацию соотношения альбумины/казеины до 60:40
- 5) добавление таурина

57. В большинстве адаптированных молочных смесей (начальные формулы) уровень белка (г/100 мл) колеблется:

- 1) 0,8-1,2
- 2) 2,0-2,5
- 3) 1,4-1,6
- 4) 2,5-3,0

58. Отдаленными последствиями избытка белка в питании детей раннего возраста могут быть:

- 1) ожирение
- 2) гипотрофия
- 3) аллергические заболевания
- 4) ускорение темпов биологического созревания
- 5) сахарный диабет

59. Коррекция жирового компонента коровьего молока при создании ДМС включает:

- 1) частичную или полную замену молочного жира на растительный
- 2) оптимизацию соотношения ПНЖК семейств омега-6 и омега-3

- 3) уменьшение общего содержания жира
- 4) добавление арахидоновой и докозгексаеновой жирных кислот

60. Содержание жира (г/100 мл) в большинстве адаптированных молочных смесей составляет:

- 1) 2,5-3,0
- 2) 3,5-3,7
- 3) 3,0-3,3
- 4) 4,0-4,5

61. Коррекция углеводного компонента коровьего молока при создании адаптированных молочных смесей включает:

- 1) добавление галакто- и фруктозо- олигосахаридов
- 2) снижение содержания углеводов
- 3) повышение содержания углеводов
- 4) добавление лактозы и/или декстринмальтозы
- 5) замену лактозы на глюкозу и сахарозу

62. Введение в начальные формулы адаптированных молочных смесей глюкозы, сахарозы, фруктозы не рекомендуется в связи с:

- 1) возможностью сенсibiliзирующего эффекта
- 2) снижением осмолярности молочных смесей
- 3) перегрузкой инсулярного аппарата
- 4) приучением ребенка к потреблению сладкой пищи

63. Содержание углеводов (г/100 мл) в начальных формулах большинства адаптированных молочных смесей составляет:

- 1) 6,5-7,0
- 2) 7,0-7,5
- 3) 7,5-8,0
- 4) 8,0-8,5

64. К биологически активным добавкам, входящим в состав большинства адаптированных молочных смесей, относятся:

- 1) нуклеотиды
- 2) холин
- 3) инулин
- 4) лактоферрин
- 5) L-карнитин

65. Последующие формулы (формулы-2) детских молочных смесей при искусственном вскармливании назначают детям:

- 1) только от 3 до 6 месяцев жизни
- 2) только от 6 до 9 месяцев жизни
- 3) 2-го полугодия жизни
- 4) после 1 года

66. В последующих молочных формулах в отличие от начальных:

- 1) содержание белка выше
- 2) содержание белка ниже
- 3) добавляется только лактоза
- 4) могут добавляться сахароза и крахмал
- 5) в белковых фракциях могут преобладать казеины
- 6) растительные жиры не добавляют

67. Рекомендуемое соотношение белков, жиров и углеводов в рационе питания ребенка от 1 года до 3-х лет составляет:

- 1) 1:1:4
- 2) 1:1:1
- 3) 1:2:4
- 4) 1:2:5

68. В рационе питания детей от 1 года до 3-х лет белки животного происхождения должны составлять (% от суточной потребности):

- 1) 55
- 2) 60
- 3) 65
- 4) 70

69. В рационе питания детей от 1 года до 3-х лет растительные жиры должны составлять (% от суточной потребности):

- 1) 10-20
- 2) 30-40
- 3) 25-30
- 4) 35-50

70. Рекомендуемое суточное количество молочных продуктов (в мл) в рационе питания детей от 1 года до 2-х лет составляет:

- 1) 200-300
- 2) 300-400
- 3) 400-500
- 4) 500-600

71. Для питания детей от 1 года до 3-х лет следует отдать предпочтение молоку:

- 1) детскому модифицированному промышленного выпуска
- 2) детскому немодифицированному промышленного выпуска
- 3) коровьему
- 4) козьему
- 5) массового промышленного выпуска

72. К продуктам, которые должны ежедневно включаться в меню ребенка от 1 года до 3-х лет, относятся:

- 1) хлеб
- 2) овощи, фрукты
- 3) творог
- 4) молоко
- 5) масло сливочное и растительное
- 6) рыба

73. К продуктам, которые целесообразно использовать 2-3 раза в неделю в рационе питания ребенка от 1 года до 3-х лет, относятся:

- 1) хлеб
- 2) овощи, фрукты
- 3) творог
- 4) молоко
- 5) яйца
- 6) рыба

РАХИТ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Рахит у доношенного ребенка начинается чаще в возрасте:

- 1) 2-4 недель
- 2) 2-3 месяцев
- 3) 4-5 месяцев
- 4) во втором полугодии

2. Для начального периода рахита характерно:

- 1) анемия
- 2) "0"-образное искривление конечностей
- 3) облысение затылка
- 4) потливость
- 5) краниотабес
- 6) увеличение печени и селезенки

3. Характерные симптомы начального периода рахита:

- 1) беспокойство
- 2) симптом «облысение затылка»
- 3) повышенное потоотделение
- 4) сонливость
- 5) мышечная гипотония
- 6) гипофосфатемия
- 7) анемия

4. Гипофосфатемия, гипокальциемия, повышение уровня щелочной фосфатазы характерны для рахита периода:

- 1) начального
- 2) разгара
- 3) реконвалесценции
- 4) остаточных явлений

5. Характерные симптомы рахита тяжелой степени у ребенка первого года:

- 1) увеличение шейных лимфатических узлов
- 2) увеличение лобных, теменных бугров
- 3) деформация грудной клетки
- 4) отставание в физическом развитии
- 5) увеличение печени
- 6) рвота
- 7) увеличение селезенки

6. Установите соответствие:

Степень тяжести рахита: Клинические проявления:

- | | |
|--------|--|
| 1) I | а) без поражения костей |
| 2) II | б) с поражением одной группы костей |
| 3) III | в) с поражением двух групп костей |
| | г) гепатоспленомегалия без поражения костей |
| | д) с поражением трёх групп костей и внутренних органов |

7. Оптимальной дозой витамина Д (МЕ в сутки) для специфической профилактики рахита у детей, рожденных в срок, является:

- 1) 150-500
- 2) 400-500

- 3) 400-1000
- 4) 600-1200

8. Что относится к основным свойствам витамина Д:

- 1) стимуляция всасывания кальция и фосфора в кишечнике
- 2) снижение реабсорбции фосфора в канальцах почек
- 3) восстановление гомеостаза кальция в сыворотке крови
- 4) резорбция фосфора и кальция из кости

9. Фосфопенический вариант рахита характеризуется:

- 1) повышенной нервно-мышечной возбудимостью
- 2) гиперплазией остеонной ткани
- 3) гиперкальциемией
- 4) остеомалацией

10. Для подострого течения рахита характерно:

- 1) образование рёберных «чётков»
- 2) образование «браслетов»
- 3) размягчение краёв большого родничка
- 4) пластинчатое шелушение на ладонях и стопах

11. Кальципенический вариант рахита характеризуется:

- 1) преобладанием процессов остеомалации
- 2) развитием остеонной гиперплазии
- 3) расхождением прямых мышц живота
- 4) развитием костных деформаций

12. Принципы специфической постнатальной профилактики рахита:

- 1) доза витамина Д 150-500 МЕ в сутки
- 2) назначение витамина Д с 3-4-х-недельного возраста
- 3) прекращение приема витамина Д в летние месяцы
- 4) все указанное

13. Суточная доза витамина Д при лечении рахита:

- 1) 500-900 МЕ
- 2) 100-1500 МЕ
- 3) 2000-4000 МЕ
- 4) 5000-10000 МЕ

14. Какое течение из перечисленных характерно для рахита:

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое
- 4) рецидивирующее

15. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз в случае отсутствия эффекта от проведения специфического лечения рахита:

- 1) витамин Д-зависимым рахитом
- 2) витамин Д-резистентным рахитом
- 3) болезнью де-Тони-Дебре-Фанкони
- 4) муковисцидозом

16. Укажите правильно последовательность периодов рахита:

- 1) разгара

- 2) начальных проявлений
- 3) остаточных явлений
- 4) острое течение
- 5) подострое течение
- 6) реконвалесценции

17. Дополните: размягчение чешуи затылочной кости называется

18. Витамин «Д» содержится в следующих продуктах:

- 1) желток
- 2) печень трески
- 3) мясо
- 4) овощи
- 5) хлеб грубого помола

19. Дополните: плаксивость, раздражительность, потливость характерны дляпериода рахита

20. Дополните: соотношение уровня кальция и фосфора в крови в период разгара рахита равно

21. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:

- 1) массаж, гимнастика
- 2) аспаркам 3-4 недели
- 3) масляный раствор витамина Д₂ по 2000-4000 МЕ ежедневно
- 4) масляный раствор витамина Д₂ по 500 МЕ ежедневно

22. Установите соответствие:

Форма витамина Д:

- 1) 25-гидроксихолекальциферол
- 2) 1,25-дигидроксикальциферол

Образуется:

- а) в почках
- б) в кишечнике
- в) в печени
- г) в легких

23. Для рахита стадии разгара характерны биохимические изменения крови:

- 1) повышенное содержание кальция
- 2) выраженное снижение фосфора
- 3) содержание кальция понижено
- 4) повышение уровня щелочной фосфатазы

24. Мышечная гипотония, большой живот, деформация костей грудной клетки и черепа, кальций в крови 2.6 ммоль/л, фосфор 1.8 ммоль/л характерны для рахита в периоде:

остаточных явлений
реконвалесценции
разгара
начального периода

25. Дополните: появление рвоты, снижения аппетита, быстрого уменьшения массы тела при нормальном стуле у ребенка 7 месяцев, получающего лечение витамином Д₂ по поводу рахита средней тяжести, являются показаниями для срочного исследования крови на содержание

26. В процессе лечения рахита выявить развитие гипервитаминоза «Д» позволяют:

1. исследование крови на содержание билирубина

2. исследование крови на содержание кальция

27. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

- 4) массаж, гимнастика
- 5) цитратная смесь по 1 ч. л. 3 раза в день
- 6) масляный раствор витамина Д₂ по 150-500 МЕ ежедневно
- 7) масляный раствор витамина Д₂ по 2000-4000 МЕ ежедневно
- 8) масляный раствор витамина Д₂ по 500-1000 МЕ ежедневно

28. Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза «Д» являются:

1. превышение суточной дозы витамина Д
2. повышенная чувствительность к витамину Д
3. хронические заболевания почек у детей
4. анемия

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

29. Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза «Д» являются:

- 1) повышенная инсоляция в весеннее время
- 2) диета, бедная солями кальция
- 3) диета, богатая солями кальция
- 4) недостаточное потребление витамина Д
- 5) превышение суточной дозы витамина Д
- 6) назначение препаратов витамина Д вместе с УФО
- 7) поражение почек

30. Причиной судорог при спазмофилии является:

- 1) гипофосфатемия
- 2) гипокальциемия
- 3) снижение активности фосфатазы
- 4) гиперкальциемия

31. Для клинических проявлений тяжелой степени гипервитаминоза «Д» характерно:

- 1) токсикоз
- 2) рвота
- 3) потеря массы тела
- 4) уровень кальция в крови 1.9 ммоль/л
- 5) гиперкальциурия

32. Дополните: неотложную терапию при спазмофилии необходимо начинать с введения препаратов

33. Для рахита характерен:

- 1) Алкалоз
- 2) Дыхательный ацидоз
- 3) Метаболический ацидоз
- 4) Метаболический алкалоз

34. Соотношение кальция и фосфора в крови в норме равно:

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

35. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- 1) Прерывистое уплотнение зон роста
- 2) Незначительный остеопороз
- 3) Расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- 4) Нормальная оссификация костей

36. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- 1) Прерывистое уплотнение зон роста
- 2) Нормальная оссификация костей
- 3) Расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- 4) Незначительный остеопороз

37. В период разгара рахита наблюдается:

- 1) Мышечный гипертонус
- 2) Краниотабес
- 3) Судорожный синдром

38. На фосфорно-кальциевый обмен в организме влияют:

- 1) 1,25-дигидрохолекальциферол
- 2) Соматотропный гормон
- 3) Кальцитонин
- 4) Кортикостероиды
- 5) Паратгормон

39. Ребёнок 5 лет имеет выраженные лобные и теменные бугры и О-образные конечности. Нуждается ли он в назначении витамина Д?

- 1) Да, в лечебной дозе
- 2) Да, в профилактической дозе
- 3) Не нуждается

40. Спазмофилия встречается:

- 1) У новорожденных детей
- 2) У детей грудного возраста
- 3) В пубертатном периоде

41. Скрытая тетания характерна для:

- 1) Рахита
- 2) Гипервитаминоза Д
- 3) Спазмофилии

42. При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка:

- 1) в состоянии покоя
- 2) при плаче

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

- 1) 0,85 ммоль/л
- 2) 1,5 ммоль/л
- 3) 1,0 ммоль/л
- 4) 0,5 ммоль/л

44. Сокращение мускулатуры лица при постукивании молоточком по скуловой дуге называется симптомом:

- 1) Хвостека
- 2) Труссо

3) Маслова

45. Вызываемое мышечное сокращение, напоминающее положение «рука акушера», называется симптомом:

- 1) Хвостека
- 2) Маслова
- 3) Труссо

46. Заподозрить у ребенка скрытую (латентную) тетанию можно по следующим клиническим проявлениям:

- 1) Вялость
- 2) Беспокойство
- 3) Адинамия
- 4) Вздрагивание

47. Антагонистом витамина Д является витамин:

- 1) А
- 2) В6
- 3) В12

48. Кашей, обладающей антикальцифицирующим свойством и рекомендуемой в рацион ребенка при гипервитаминозе Д, является:

- 1) Гречневая
- 2) Овсяная
- 3) Рисовая

49. Из рациона больных гипервитаминозом Д необходимо исключить:

- 1) Сахар
- 2) Творог
- 3) Соки
- 4) Цельное молоко

50. Для хронического гипервитаминоза Д характерно:

- 1) Потеря аппетита
- 2) Повышенный аппетит
- 3) Вялость
- 4) Повышенная возбудимость
- 5) Запоры
- 6) Диарея
- 7)

АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ (ДИАТЕЗЫ). ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- 1) несвоевременная вакцинопрофилактика
- 2) инфекционные заболевания
- 3) алиментарные факторы
- 4) генетические факторы
- 5) сахарный диабет у матери

2. Вид дистрофии, сопровождающийся тяжелой анемией:

- 1) гипостатура
- 2) гипотрофия 1 степени

- 3) гипотрофия 2 степени
- 4) гипотрофия 3 степени
- 5) квашиоркор

3. Установите соответствие:

Степень гипотрофии:

Дефицит массы тела:

- | | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 1) I степень | а) 3-5% | г) 20-25% |
| 2) II степень | б) 5-10% | д) 20-30% |
| 3) III степень | в) 10-20% | е) более 30% |

Ответ: 1-....., 2-....., 3-.....

4. Дефицит массы при второй степени постнатальной гипотрофии составляет:

- 1) 5-8%
- 2) 20-30%
- 3) 10-20%
- 4) 5-15%
- 5) 30% и более

5. Установите правильную последовательность: при голодании у ребенка раннего возраста подкожно-жировой слой исчезает в следующей последовательности:

- 1) лицо
- 2) туловище
- 3) живот
- 4) конечности

Укажите последовательно номера ответов

6. Дополните: диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется

7. При сниженной массе тела и нормальной длине ребенка первого года жизни диагностируется:

- 1) гипостатура
- 2) гипосомия
- 3) гипотрофия
- 4) гипоплазия

8. Чем характеризуется второй этап диетотерапии при гипотрофии:

- 1) добавлением лечебной смеси (до 1/3 общего объема)
- 2) уменьшением количества кормлений
- 3) введением в рацион каш на цельном молоке
- 4) введением прикорма

9. Чем характеризуется первый этап диетотерапии при гипотрофии:

- 1) ограничением объема питания
- 2) назначением фоновой смеси
- 3) назначением корригирующей лечебной смеси
- 4) введением творога

10. 3-х-месячный ребенок плохо прибавляет в массе. Аппетит снижен. Получает «Детолакт», кефир. При осмотре бледен, подкожно-жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит массы 23%. Предполагаемый диагноз:

- 1) нормотрофия
- 2) паратрофия

- 3) гипотрофия 1-ой степени
- 4) гипотрофия 2-ой степени
- 5) гипостатура

11. Маркерами аллергического диатеза являются:

- 1) повышенный уровень норадреналина в крови
- 2) увеличение Ig E в сыворотке крови
- 3) снижение показателей гистаминопексии
- 4) белый дермографизм
- 5) положительный семейный аллергологический анамнез

12. Антигистаминные препараты при лечении аллергического диатеза назначают курсами:

- 1) 3-5 дней
- 2) 5-7 дней
- 3) 7-10 дней
- 4) 10-12 дней
- 5) 12-21 день

13. С целью стимуляции коры надпочечников назначают препараты:

- 1) этимизол
- 2) глицирам
- 3) витамины группы В
- 4) глютаминовая кислота

14. К патогенетическим маркерам лимфатико-гипопластического диатеза относятся:

- 1) абсолютный и относительный лимфоцитоз
- 2) признаки симпато-адреналового дисбаланса
- 3) признаки активизации Т-лимфоцитов-хелперов
- 4) диспротеинемия
- 5) парциальный неклассифицируемый иммунодефицит

15. Лимфатический диатез относится к группе наследственного предрасположения:

- 1) иммунотопического
- 2) дисметаболического
- 3) органотопического
- 4) нейротопического

16. Лимфатико-гипопластический диатез наиболее часто манифестируется:

- 1) лимфопролиферативным синдромом
- 2) симптомами перемежающейся соледефицитной надпочечной недостаточности
- 3) аллергическими симптомами
- 4) диспропорцией телосложения
- 5) всем вышеперечисленным

17. Тимусно-надпочечниковая недостаточность может проявляться:

- 1) острой печеночной недостаточностью
- 2) нарастанием удушья
- 3) внезапным развитием сердечно сосудистых нарушений
- 4) симптомами, близкими к сольтеряющей форме надпочечниковой недостаточности

18. Укажите особенности диеты детей с лимфатическим диатезом:

- 1) ограничение продуктов, богатых пуринами
- 2) ограничение мяса
- 3) ограничение легко усвояемых углеводов
- 4) все указанные

5) специальная диета не предусматривается

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

19. Какие из перечисленных признаков характерны для паратрофии:

- 1) Избыток массы по отношению к длине тела
- 2) Масса соответствует длине тела
- 3) Дефицит массы по отношению к длине тела.
- 4) Избыток массы и длины тела по отношению к возрасту

20. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:

- 1) Инфекционная форма аллергии
- 2) Пищевая аллергия
- 3) Лекарственная аллергия
- 4) Ингаляционная аллергия

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

- 1) Антигистаминные препараты
- 2) Седативные препараты
- 3) Ферменты
- 4) Глюкокортикоиды

22. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:

- 1) Нервно-артритическим
- 2) Лимфатико-гипопластическим
- 3) Экссудативно-катаральным

23. Генетически детерминированная особенность обмена веществ, определяющая своеобразность адаптивных реакций организма и предрасполагающая к определенной группе заболеваний, называется:

- 1) Болезнью
- 2) Аномалией конституции

24. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

- 1) Мочекаменная болезнь
- 2) Подагра
- 3) Аутоиммунные заболевания
- 4) Неврастенический синдром
- 5) Синдром внезапной смерти

25. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

- 1) Нервно-артритическом
- 2) Лимфатико-гипопластическом

26. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при диатезе:

- 1) Лимфатико-гипопластическом
- 2) Экссудативно-катаральном
- 3) Нервно-артритическом

27. Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:

- 1) Ig A

- 2) Ig E
- 3) Ig M
- 4) Ig D

28. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:

- 1) Лимфатико-гипопластического
- 2) Экссудативно-катарального
- 3) Нервно-артритического

29. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:

- 1) Желток куриного яйца
- 2) Коровье молоко
- 3) Белок куриного яйца
- 4) Кукурузная крупа
- 5) Рыба
- 6) Манная крупа

30. Основными маркерами лимфатико-гипопластического диатеза являются:

- 1) Врожденная генерализованная иммунопатия
- 2) Избыточный синтез гистамина
- 3) Генетически детерминированная гиперпродукция Ig E
- 4) Увеличение лимфатических узлов
- 5) Гиперплазия вилочковой железы
- 6) Гипофункция коры надпочечников

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

- 1) Синдром мальабсорбции
- 2) Синдром внезапной смерти
- 3) Подагра
- 4) Аутоиммунные заболевания
- 5) Неврастенический синдром

32. К паратрофии относятся состояния:

- 1) С дефицитом массы тела более 10%
- 2) Избытком массы тела
- 3) С нормальной массой тела и сниженным тургором
- 4) С нормальной массой и нормальным тургором

33. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

- 1) Гипостатура
- 2) Паратрофия
- 3) Гипотрофия

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

- 1) Белков
- 2) Жиров
- 3) Углеводов

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки у новорожденных являются:
 - 1) эксфолиативный дерматит Риттера
 - 2) везикулопустулез
 - 3) токсическая эритема
 - 4) эпидемическая пузырчатка
 - 5) склерема
 - 6) некротическая флегмона

2. Молниеносное течение сепсиса более характерно для:
 - 1) постнатального инфицирования
 - 2) внутриутробного инфицирования

3. Сепсис у доношенных новорожденных детей чаще бывает:
 - 1) первичным
 - 2) вторичным
 - 3) постнатальным
 - 4) внутриутробным

4. Для неонатального сепсиса наиболее характерны входные ворота:
 - 1) пупочная ранка
 - 2) кишечник
 - 3) легкие
 - 4) кожа
 - 5) среднее ухо

5. Что означает термин «фунгус пупка»?
 - 1) Разрастание грануляционной ткани при длительно незаживающей пупочной ранке
 - 2) Воспаление пуповинного остатка
 - 3) Инфильтрация пупочной ранки
 - 4) Порок развития пупочной области

6. Укажите, с чем наиболее часто приходится дифференцировать гнойный мастит новорожденных?
 - 1) Адипозонекроз
 - 2) Ангиома
 - 3) Липома
 - 4) Физиологическое нагрубание желез

7. Очаги инфекции, которые редко встречаются у новорожденных:
 - 1) омфалит
 - 2) остеомиелит
 - 3) отит
 - 4) этмоидит
 - 5) энтероколит

8. Тактика врача при диагностике пемфигуса новорожденного у доношенного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с массой тела 2900 гр., переведенного с рождения на искусственное вскармливание:
 - 1) госпитализировать
 - 2) проводить на дому местное лечение
 - 3) назначить амбулаторно антибиотики
 - 4) назначить амбулаторно антибиотики, местное и общеукрепляющее лечение

9. Первичным элементом везикулопустулеза у новорожденных является:

- 1) пятно
- 2) пузырек
- 3) эрозия

10. При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных купание:

- 1) показано
- 2) не показано

11. Особенности сепсиса у недоношенных детей по сравнению с доношенными являются:

- 1) более частое постнатальное инфицирование
- 2) более частое внутриутробное инфицирование
- 3) чаще вызывается грамположительной флорой
- 4) чаще вызывается грамотрицательной флорой
- 5) чаще пупочный
- 6) чаще кожный
- 7) протекает чаще в форме септикопиемии
- 8) протекает чаще в форме септицемии
- 9) чаще не сопровождается выраженной температурной реакцией

12. Для биохимического анализа крови в период инфекционного токсикоза при сепсисе новорожденных характерны:

- 1) повышение уровня холестерина
- 2) резкое повышение С-реактивного белка
- 3) гипокальциемия
- 4) повышение показателей дифиниламиновой пробы
- 5) повышение уровня серомукоида
- 6) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 7) диспротеинемия
- 8) гипофосфатемия

13. В лечении сепсиса новорожденных используются следующие принципы:

- 1) инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная терапия
- 2) антибактериальная, инфузионная, иммунокорректирующая терапия
- 3) антибактериальная, инфузионная терапия, гепатопротекторы

14. Установите соответствие:

Течение сепсиса новорожденных: Продолжительность заболевания:

- | | | |
|-----------------|---------------|---------------|
| 1) молниеносное | а) 1 день | г) 3 недели |
| 2) острое | б) 3-7 дней | д) 4-6 недель |
| 3) затяжное | в) 10-14 дней | е) 6-8 недель |

15. При сепсисе новорожденных с антибактериальной целью используются:

- 1) бензилпенициллин
- 2) тетрациклины
- 3) цефалоспорины
- 4) макролиды
- 5) аминогликозиды
- 6) сульфаниламиды
- 7) полусинтетические производные пенициллина

16. Клиническая картина внутриутробных инфекций зависит от:

- 1) Вида возбудителя

- 2) Времени развития инфекции у плода
- 3) Типа инфекции у матери

17. Для постановки диагноза неонатального сепсиса у ребенка в возрасте до 3 суток необходимо наличие:

- 1) Очага или очагов бактериальной инфекции
- 2) Полиорганной недостаточности
- 3) Трех и более признаков системной воспалительной реакции

18. Укажите допустимые комбинации антибактериальных препаратов:

- 1) Меропенем + метронидазол
- 2) Ванкомицин + амикацин
- 3) Ампициллин + цефоперазон
- 4) Амоксициллин + нейтромицин

19. Для постановки диагноза неонатального сепсиса у ребенка в возрасте 4 и более суток необходимо наличие:

- 1) Очага или очагов бактериальной инфекции
- 2) Полиорганной недостаточности
- 3) Трех и более признаков системной воспалительной реакции

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

20. Какая форма инфекции у матери сопровождается наиболее высоким риском внутриутробного инфицирования плода?

- 1) персистирующая
- 2) вторичная
- 3) первичная

21. К факторам высокого риска развития неонатального сепсиса относятся:

- 1) Многочисленные аборт в анамнезе
- 2) Гестоз у матери, продолжавшийся менее 4 недель
- 3) Гестоз у матери, продолжавшийся более 4 недель
- 4) Безводный промежуток более 12 часов
- 5) Клинически бактериальный вагиноз у матери

22. Начальными симптомами сепсиса новорожденных являются:

- 1) нейтропения
- 2) гипертермия
- 3) апноэ
- 4) необъяснимая дыхательная недостаточность
- 5) анемия

23. К клиническим критериям системного воспалительного ответа относятся:

- 1) гипертермия больше 38 градусов
- 2) одышка более 60 дыханий в 1 минуту
- 3) частота дыханий 40 в 1 минуту
- 4) тахикардия более 160 сокращений в 1 минуту
- 5) диурез менее 1 мл/кг в час

24. К лабораторным критериям системного воспалительного ответа относятся:

- 1) лейкоцитоз больше $30,0 \times 10^9/\text{л}$
- 2) тромбоцитопения меньше $80,0 \times 10^9/\text{л}$
- 3) гиперкалиемия
- 4) гипокалиемия

5) гиперкальциемия

25. Сепсис у детей диагностируют при наличии:

- 1) 1 клинический и 2 лабораторных признаков системной воспалительной реакции
- 2) 2 и более клинических и 3 лабораторных признаков системной воспалительной реакции
- 3) 3 и более клинических и 4 лабораторных признаков системной воспалительной реакции

26. Какой биологический материал наиболее часто используют для подтверждения диагноза «сепсис»:

- 1) слизь из зева
- 2) кровь
- 3) мочу

27. Для сепсиса характерно:

- 1) снижение уровня прокальцитонина в крови
- 2) нормальный уровень прокальцитонина в крови
- 3) повышение уровня прокальцитонина в крови

28. Основой лечения сепсиса являются:

- 1) антибиотикотерапия
- 2) витаминотерапия
- 3) пассивная иммунотерапия
- 4) инфузионная терапия
- 5) кислородотерапия

29. К инфекционным заболеваниям кожи у новорожденного относятся:

- 1) токсическая эритема
- 2) пемфигус
- 3) эксфолиативный дерматит Риттера
- 4) гонобленорея
- 5) контактный дерматит

30. К инфекционным заболеваниям пупочной ранки и сосудов у новорожденного относятся:

- 1) омфалит
- 2) язва пупка
- 3) псевдофурункулез Фигнера
- 4) гонобленорея
- 5) гангрена пупочного канатика

31. К инфекционным заболеваниям глаз у новорожденного относятся:

- 1) увеит
- 2) пузырьчатка новорожденного
- 3) псевдофурункулез Фигнера
- 4) гонобленорея
- 5) кератит

32. В основе синдрома системного воспалительного ответа лежит:

- 1) поражение эндотелия капилляров провоспалительными цитокинами
- 2) токсемия
- 3) бактериемия
- 4) омфалит

33. Наиболее частыми возбудителями сепсиса у новорожденных могут быть:

- 1) кишечная палочка
- 2) клебсиелла
- 3) вирусы
- 4) грибы
- 5) стафилококки
- 6) стрептококки

34. Ранний сепсис у новорожденных может быть вызван:

- 1) грамм (-) флорой
- 2) простейшими
- 3) грамм (+) флорой
- 4) вирусами

35. Для эксфолиативного дерматита Риттера у новорожденных симптом Никольского:

- 1) характерен
- 2) не характерен
- 3) встречается только у мальчиков
- 4) встречается только у девочек

36. Для септикопиемической формы сепсиса новорожденных характерно:

- 1) наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза
- 2) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
- 3) выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов
- 4) наличие гнойных очагов только на конечностях

СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. РЕВМАТИЗМ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Суставной синдром при системной красной волчанке:

- 1) носит прогрессирующий характер
- 2) не носит прогрессирующего характера

2. Дополните: наиболее характерная триада клинических симптомов при системной красной волчанке:

- 1) поражение кожи
- 2) поражение суставов
- 3)

3. При алерго-септическом варианте суставно-висцеральной формы ревматоидного артрита у детей поражение сердца чаще проявляется:

- 1) эндокардитом
- 2) миокардитом
- 3) перикардитом
- 4) перикардитом

4. Поражение суставов сопровождается последующей деформацией при:

- 1) ревматизме
- 2) геморрагическом васкулите
- 3) ревматоидном артрите
- 4) гемофилии

5. Ювенильный ревматоидный артрит у ребенка можно заподозрить, если присутствуют:

- 1) расширение границ сердца
- 2) аллергическая сыпь
- 3) боли в животе
- 4) боли в коленных суставах и их припухлость
- 5) утренняя скованность

6. Суставная форма ювенильного ревматоидного артрита, проявляющаяся моноартритом, сопровождается чаще поражением:

- 1) коленного сустава
- 2) локтевого сустава
- 3) голеностопного сустава
- 4) тазобедренного сустава

7. При суставно-висцеральной форме ювенильного ревматоидного артрита у детей (синдром Стилла) поражение суставов носит характер:

- 1) полиартрита
- 2) олигоартрита
- 3) моноартрита
- 4) поражаются суставы позвоночника
- 5) не поражаются суставы позвоночника

8. Установите соответствие:

Этапы лечения больного ревматизмом:

- 1) I этап – стационар
- 2) II этап - местный санаторий
- 3) III этап – диспансерное наблюдение в детской поликлинике

Продолжительность лечения:

- а) 2-3 мес.
- б) 4 мес.
- в) 6-8 недель
- г) до передачи в подростковый кабинет

Ответ: 1-...,2-...,3-....

9. Ревматический кардит проявляется чаще всего:

- 1) миокардитом
- 2) эндокардитом
- 3) перикардитом
- 4) панкардитом
- 5) эндокардитом

10. Особенности ревматизма в детском возрасте являются:

- 1) начало после 7-летнего возраста
- 2) начало до 7-летнего возраста
- 3) выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления
- 4) образование ревматических узелков
- 5) поражение суставов
- 6) поражение нервной системы в виде хореи
- 7) частота поражения сердца

11. Дополните: характерные клинические симптомы ревматической хореи:

- 1) гиперкинезы
- 2) мышечная гипотония
- 3)
- 4)

12. Симптомы (из перечисленных), характерные для ревматического порока - недостаточности митрального клапана:

- 1) расширение левой границы сердца
- 2) расширение правой границы сердца

- 3) пресистолический шум
- 4) систолический шум верхушечной локализации
- 5) ослабление 1-го тона на верхушке
- 6) акцент 2-го тона на легочной артерии

13. Какой из признаков входит в основные критерии диагностики ревматизма:

- 1) артралгия
- 2) ревматизм у родственников
- 3) хорея
- 4) повышение уровня сиаловых кислот

14. Какой из признаков входит в основные критерии диагностики ревматизма:

- 1) начало заболевания после ангины
- 2) эндомиокардит
- 3) диспротеинемия
- 4) лихорадка

15. Что является характерным для ревматического поражения суставов:

- 1) доброкачественный характер полиартрита
- 2) рецидивирующий характер полиартрита
- 3) ночные локализованные боли
- 4) утренняя скованность

16. Какие заболевания наиболее часто предшествуют ревматической атаке:

- 1) стрептококковые инфекции
- 2) травмы
- 3) сепсис
- 4) кишечные инфекции

17. Для острой левожелудочковой недостаточности характерно:

- 1) застойные явления в легких
- 2) одышка
- 3) сердечная астма
- 4) увеличение печени

18. Для «легочного сердца» характерны следующие признаки:

- 1) девиация пищевода вправо
- 2) акцент 2 тона на легочной артерии
- 3) правограмма
- 4) высокий зубец Р на ЭКГ
- 5) сужение ретрокардиального пространства

19. Наиболее часто при миокардите у детей на ЭКГ встречаются:

- 1) сужение зубца Т и интервала ST
- 2) отсутствие зубца Т
- 3) мерцательная аритмия
- 4) высокий вольтаж QRS

20. Факторами риска развития ревматизма у детей являются:

- 1) Хронические очаги инфекции
- 2) Скарлатина
- 3) Частые ангины
- 4) Избыточная масса тела
- 5) Краснуха

21. Для «ревматогенных» штаммов бета-гемолитического стрептококка характерно:

- 1) Высокая контагиозность
- 2) Короткие цепи в бульонных культурах
- 3) Тропность к носоглотке
- 4) Наличие М-протеина
- 5) Наличие перекрестно реагирующих эпитопов

22. Аускультативные синдромы, характерные для первичного ревмокардита:

- 1) Пресистолический шум
- 2) Систолический «щелчок»
- 3) Тон открытия митрального клапана
- 4) Громкий I тон
- 5) Ни один из перечисленных выше признаков

23. Для больных ревматическим полиартритом характерно:

- 1) Утренняя скованность
- 2) Быстрый ответ на противовоспалительную терапию
- 3) Поражение мелких суставов кистей
- 4) Стойкость суставного синдрома
- 5) Все выше перечисленное

24. Укажите признаки, характерные для малой хорей:

- 1) Преимущественное развитие у подростков и взрослых
- 2) Параличи и парезы
- 3) Взаимосвязь с приемом лекарств
- 4) Расстройства статики и координации
- 5) Все выше перечисленное

25. Признаки, присущие аннулярной эритеме:

- 1) Стойкость высыпаний
- 2) Кожный зуд
- 3) Индурация кожи
- 4) Болезненность при надавливании
- 5) Остаточные явления в виде пигментации и шелушения
- 6) Ни один из перечисленных выше

26. Укажите причины повышения титров АСЛ-О при ревматизме:

- 1) Высокая активность воспалительного процесса
- 2) Перенесенная стрептококковая инфекция
- 3) Наличие ревматизма в анамнезе
- 4) Прогрессирование сердечной недостаточности
- 5) Все выше перечисленное

27. Остроту течения ревматического процесса определяют выраженность:

- 1) Деструктивных изменений соединительной ткани
- 2) Неспецифического эксудативного компонента воспаления

28. Установите соответствие:

Диагноз ювенильного
ревматоидного артрита:

- 1) Вероятный
- 2) Определённый
- 3) Классический

Диагностические признаки

в количестве:

- а) 1-2 г) 6
- б) 3 д) 8
- в) 4 е) 10

29. Для неревматического миокардита характерно:
- 1) Быстрый ответ на терапию НПВС
 - 2) Постепенное развитие заболевания
 - 3) Изменения на ЭКГ
 - 4) Отсутствие вальвулита
 - 5) Все выше перечисленное
30. Перечислите признаки, соответствующие диагнозу нейроциркуляторной дистонии:
- 1) Постепенное начало заболевания
 - 2) Жалобы на чувство нехватки воздуха
 - 3) Мезосистолический «щелчок» при аускультации сердца
 - 4) Нормальная СОЭ
 - 5) Ни один из перечисленных выше признаков
31. Терапия кортикостероидами при ювенильном ревматоидном артрите применяется:
- 1) На начальных этапах заболевания
 - 2) У детей раннего возраста
 - 3) При суставной форме
 - 4) При суставно-висцеральной форме
 - 5) При поражении глаз
32. Частота развития порока сердца после перенесённого первичного ревмокардита составляет:
- 1) 5-10%
 - 2) 10-15%
 - 3) 1-2%
 - 4) Более 15%
33. Выделите симптомы, наиболее характерные для острого тонзиллита, ассоциированного с бета-гемолитическим стрептококком:
- 1) Кашель
 - 2) Конъюнктивит
 - 3) «Малиновый» язык
 - 4) Трудно отделяемый налет на миндалинах
 - 5) Ни один из перечисленных выше признаков

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

34. Длительность вторичной профилактики ревматизма у больного с постревматическим сочетанным митральным пороком сердца составляет:
- 1) 3 года
 - 2) 5 лет
 - 3) 10 лет
 - 4) Пожизненно
35. При системной красной волчанке сыпь локализуется преимущественно:
- 1) На ушных раковинах
 - 2) На спинке носа и щеках
 - 3) На туловище
 - 4) На ногах
36. При ювенильном ревматоидном артрите системной форме может наблюдаться
- 1) Высокая лихорадка
 - 2) Перикардит

- 3) Увеличение лимфоузлов
- 4) СОЭ 60 мм/ч
- 5) Все перечисленное

37. Дополните: дегенеративно-дистрофический процесс, захватывающий, главным образом, хрящ эпифиза костей и, в меньшей степени, мягкие ткани сустава называется

38. При ревматическом эндокардите чаще наблюдается поражение

- 1) Аортального клапана
- 2) Трехстворчатого клапана
- 3) Клапана легочной артерии
- 4) Двухстворчатого клапана

39. При резко выраженной недостаточности аортального клапана артериальное давление обычно

- 1) Нормальное
- 2) Максимальное низкое и минимальное повышено
- 3) Высокое на руках и низкое на ногах
- 4) Систолическое нормальное или повышенное, диастолическое снижено

40. При митральной недостаточности систолический шум бывает:

- 1) Нежный, короткий, постоянный
- 2) Грубый, с эпицентром в V точке
- 3) Протяжный, дующий, связанный с I тоном, стойкий в динамике и при перемене положения, с максимумом на верхушке сердца
- 4) Протяжный, дующий, связанный с I тоном, не исчезающий в динамике в V точке

41. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно:

- 1) Высокая СОЭ
- 2) Рентгенологические данные
- 3) Определение иммуноглобулинов
- 4) Утолщение костальной плевры

42. Артрит «летучего» характера, появившийся после ангины, заставляет, прежде всего предполагать

- 1) Ювенильный ревматоидный артрит
- 2) Острую ревматическую лихорадку
- 3) Синдром Шенляйн-Геноха
- 4) Системную красную волчанку

43. В диагностические критерии системной красной волчанки входит:

- 1) Эритема на лице в виде «бабочки»
- 2) Утренняя скованность суставов
- 3) LE – клетки
- 4) Антинуклеарный фактор

44. При каких заболеваниях применяются нестероидные противовоспалительные препараты?

- 1) Острая ревматическая лихорадка
- 2) Ювенильный ревматоидный артрит
- 3) Болезнь Верльгофа
- 4) Посттравматический артрит

45. Девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, у нее испортился почерк, плохо выполняет задания на уроках труда. О чем следует подумать?

- 1) Невроз
- 2) Ослабление зрения
- 3) Хорея
- 4) Неврит периферических нервов

46. Что характерно для ревматических болезней?

- 1) Повышение γ -глобулинов крови
- 2) Снижение γ -глобулинов крови
- 3) Повышение α_2 -глобулинов крови
- 4) Снижение альбуминов крови

47. Для реактивного артрита характерно:

- 1) Связь с инфекцией
- 2) Быстрый эффект лечения
- 3) Поражение внутренних органов
- 4) Полное, быстрое восстановление функций суставов

48. Увеит чаще наблюдается при:

- 1) Ювенильном ревматоидном артрите
- 2) Острой ревматической лихорадке
- 3) Подагре
- 4) Дерматомиозите

49. Увеит, артрит, конъюнктивит характерны для:

- 1) Узелкового периартериита
- 2) Синдрома Рейтера
- 3) Реактивного артрита
- 4) Болезни Бехтерева

50. Для туберкулезного артрита характерно:

- 1) Положительные туберкулиновые пробы
- 2) Первичное поражение легких
- 3) Доброкачественное течение артрита
- 4) Стойкий моноартрит

51. При острой ревматической лихорадке морфологическим маркером является:

- 1) Обнаружение Ашофф-Талалаевских гранул
- 2) Выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления

52. Для ювенильного ревматоидного артрита артралгии характерны:

- 1) В вечерние часы и первую половину ночи
- 2) Во второй половине ночи
- 3) «Летучего» характера
- 4) На фоне стрептококковой инфекции

53. Для системной красной волчанки характерны клинические признаки:

- 1) Плеврит, перикардит
- 2) Миокардит
- 3) Эритема на лице в виде «бабочки»
- 4) Синдром Рейно

54. В полости перикарда при ревматическом перикардите:

- 1) Обычно количество выпота не велико
- 2) Характерно большое количество выпота
- 3) Обычно выпота не бывает

55. В анализе крови при системной красной волчанке обнаруживают:

- 1) Лейко- и тромбопению
- 2) Волчаночный антикоагулянт
- 3) Лимфопению
- 4) Все перечисленное

56. Клиническими признаками системной красной волчанки являются:

- 1) Неэрозивный полиартрит
- 2) Дискоидная сыпь
- 3) Фотосенсибилизация
- 4) Все перечисленное

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Острая пневмония в структуре легочной патологии детей раннего возраста составляет:

- 1) 30%
- 2) 50%
- 3) 20%
- 4) 80%

2. Основной путь проникновения возбудителя при пневмонии
.....

3. По классификации острые пневмонии у детей делятся на:

- 1) крупозные
- 2) интерстициальные
- 3) аллергические
- 4) сегментарные
- 5) плевропневмонии
- 6) очаговые
- 7) неосложненные
- 8) осложненные

4. К факторам риска развития острой пневмонии у детей раннего возраста относятся:

- 1) алкоголизм родителей
- 2) болезни матери
- 3) отягощенный акушерский анамнез
- 4) недоношенность
- 5) систематическое пребывание ребенка на свежем воздухе
- 6) хронические расстройства питания, рахит, анемия, диатезы
- 7) искусственное вскармливание
- 8) неблагоприятные экологические факторы

5. К этиологическим факторам пневмонии у детей относятся:

- 1) пневмококки
- 2) стафилококки
- 3) простейшие и риккетсии
- 4) вирусно-бактериальный комплекс

5) грамотрицательные бактерии

6. Причиной частого развития острых пневмоний у детей раннего возраста являются возрастные особенности системы дыхания:

- 1) отсутствие секреторного иммуноглобулина на слизистых оболочках
- 2) недостаточность развития эластичной ткани в легких и бронхах
- 3) снижение дренажной функции бронхов
- 4) хорошо развитая капиллярная сеть
- 5) интенсивность и напряженность обменных процессов

7. Дополните: к факторам риска развития острой пневмонии у детей раннего возраста относятся:

- 1) алкоголизм родителей
- 2) болезни матери
- 3) отягощенный акушерский анамнез
- 4) недоношенность
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

8. Возбудителями пневмонии у детей являются:

- 1) пневмококк
- 2) стрептококк
- 3) бактерия Зоне
- 4) микопlasма
- 5) гемофильная палочка
- 6) легионелла
- 7) геликобактер пилори
- 8) вирус гриппа
- 9) ассоциация бактерий и вирусов

9. Показателями тяжести пневмонии являются:

- 1) выраженные сердечно-сосудистые изменения
- 2) выраженная дыхательная недостаточность
- 3) кашель
- 4) влажные хрипы
- 5) степень токсикоза
- 6) притупление перкуторного звука

10. Дополните: плевриты, возникающие в процессе течения острой пневмонии, называются.....

11. Симптомами острой пневмонии являются:

- 1) одышка
- 2) ринит
- 3) фебрильная температура тела
- 4) цианоз
- 5) стонущее дыхание
- 6) кашель
- 7) мелкопузырчатые влажные хрипы
- 8) сухие хрипы

12. Установите правильную последовательность.

Патогенез дыхательной недостаточности при пневмонии:

- 1) нарушение диффузии газов
- 2) дыхательный ацидоз
- 3) гипоксия
- 4) гипоксемия

Укажите последовательно номера ответов.

13. Основными диагностическими критериями при острой пневмонии у детей являются:

- 1) воспалительные изменения в картине крови
- 2) наличие симптомов дыхательной недостаточности
- 3) цианоз носогубного треугольника, акроцианоз
- 4) наличие симптомов интоксикации
- 5) наличие локальных физикальных изменений в легких
- 6) рентгенологическое обнаружение очаговых, сегментарных или лобарных инфильтративных теней

14. Смещение средостения в здоровую сторону наблюдается:

- 1) при долевой пневмонии
- 2) при экссудативном плеврите
- 3) при ателектазе
- 4) при абсцессе легкого

15. Установите правильную последовательность: лечение пневмонии у детей состоит в последовательном использовании следующих этапов:

- 1) санаторий
- 2) санаторная группа ДДУ
- 3) стационар
- 4) поликлиника
- 5) диспансеризация участковым педиатром и специалистами

Укажите последовательно номера правильных ответов.

16. Дополните: фазами очагово-сливной пневмонии являются:

- 1) фаза предвестников
- 2) фаза токсемии
- 3)
- 4)
- 5)

17. Установите соответствие:

Стадии септической фазы

Продолжительность стадии:

очагово-сливной пневмонии:

а) 5-7 дней

1) Инфильтрации

б) 10-14 дней

2) Деструкции

в) 2-4 недели

г) 4-6 недель

д) 6-8 недель

Ответ: 1 - ..., 2 - ...

18. В этиологии крупозной пневмонии преобладает:

- 1) пневмококк
- 2) стрептококк
- 3) золотистый стафилококк
- 4) грамотрицательная флора

19. Крупозной пневмонией часто болеют дети:

- 1) новорожденные
- 2) школьного возраста
- 3) грудного возраста

20. При неосложненной острой пневмонии у ребенка раннего возраста, не посещающего ДДУ, наиболее вероятен возбудитель:

- 1) пневмококк
- 2) синегнойная палочка
- 3) стафилококк
- 4) клебсиелла

21. Выделите из перечисленных наиболее характерные симптомы острой пневмонии у детей раннего возраста:

- 1) температура тела 38 градусов С и более
- 2) длительность температуры более 3-х дней
- 3) цианоз
- 4) стонущее дыхание
- 5) резко выраженный обструктивный синдром
- 6) притупление перкуторного звука над зоной легкого
- 7) влажные хрипы в легких локализованные
- 8) сухие хрипы в легких

22. В диагностике острой пневмонии у ребенка 1-го года жизни имеют решающего значения:

- 1) кашель, температура тела 38,2 С
- 2) число дыханий 56 в мин с втяжением уступчивых мест грудной клетки
- 3) сухие хрипы в легких
- 4) цианоз носогубного треугольника
- 5) мелкопузырчатые влажные хрипы в легких локально

23. Основные принципы лечения пневмоний:

- 1) антибиотикотерапия, физиолечение, витаминотерапия
- 2) комплексность, рациональность, этапность
- 3) комплексность, этапность, патогенетичность, превентивность

24. Дополните: дезинтоксикационная терапия острых пневмоний включает следующие этапы:

- 1) связывание токсина и транспортировка их в печень
- 2) поддержание антитоксической функции печени
- 3) выведение токсина
- 4)
- 5)

25. После перенесенной острой пневмонии занятия физкультурой разрешаются:

- 1) через 3 месяца
- 2) через 14 дней
- 3) через 30 дней
- 4) через 100 дней
- 5) через 60 дней

26. Наиболее часто встречающаяся этиология интерстициальной пневмонии:

- 1) вирусы
- 2) стафилококки
- 3) пневмоцисты

- 4) пневмококк
- 5) микоплазмы

27. Острая интерстициальная пневмония чаще возникает у детей:

- 1) первых месяцев жизни
- 2) в школьном возрасте
- 3) возраст не имеет значения

28. Дополнить: острой считается пневмония, разрешившаяся в течение недель.

29. Затяжное течение пневмонии чаще имеет место у детей:

- 1) раннего возраста
- 2) старшего возраста

30. Дополните: затяжной считается пневмония, течение которой продолжается свыше недель.

31. По течению острые пневмонии подразделяются на:

- 1) острые
- 2) затяжные
- 3) хронические
- 4) рецидивирующие
- 5) подострые

32. При пневмонии новорожденных увеличение количества лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево являются:

- 1) не характерными
- 2) характерными

33. Особенности пневмонии у новорожденных детей:

- 1) выраженное укорочение перкуторного звука
- 2) склонность к ателектазированию
- 3) преобладание общих симптомов
- 4) поверхностное, стонущее дыхание
- 5) экспираторная одышка
- 6) тимпанический звук над легкими

34. При пневмонии у новорожденных детей притупление легочного звука можно определить:

- 1) во всех случаях
- 2) не во всех случаях

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

35. У новорожденных детей при острой пневмонии в клинической картине:

- 1) преобладают общие симптомы
- 2) нарушение ритма дыхания
- 3) брадикардия
- 4) стонущее дыхание
- 5) склонность к развитию ателектазов

36. Основными формами пневмонии у новорожденных являются:

- 1) очаговая
- 2) сегментарная
- 3) крупозная
- 4) интерстициальная

37. Особенности пневмонии у новорожденных детей (из перечисленных ниже):

- 1) преобладание местных симптомов со стороны легких
- 2) преобладание общих симптомов
- 3) выраженность дыхательной недостаточности
- 4) частый, навязчивый кашель
- 5) кашель может отсутствовать

38. Для сегментарной пневмонии характерны:

- 1) двусторонний процесс поражения
- 2) выраженные симптомы интоксикации
- 3) укорочение перкуторного звука над очагом поражения
- 4) частое отсутствие хрипов в легких
- 5) развитие ателектазов в легких

39. Выраженный токсикоз с первых часов заболевания, бледность кожных покровов с серым, землистым оттенком, тахикардия могут быть характерны для:

- 1) обструктивного бронхита
- 2) гриппа
- 3) бронхиолита
- 4) пневмонии

40. Для стафилококковой деструктивной пневмонии характерны:

- 1) острое начало без предшествующей ОРВИ
- 2) выраженная интоксикация
- 3) двусторонний процесс
- 4) влажный кашель
- 5) осложнение плевритом
- 6) пиопневмоторакс
- 7) сухие хрипы
- 8) лейкоцитоз, повышение СОЭ

41. При недостаточном эффекте проводимой терапии при пневмонии замену антибиотиков необходимо произвести:

- 1) через 12 часов
- 2) через 24-48 часов
- 3) через 72 часа
- 4) через 4-5 дней

42. Микоплазменная этиология пневмонии у новорожденных:

- 1) встречается
- 2) не встречается

43. К внелегочным гнойным осложнениям пневмоний относятся:

- 1) сепсис
- 2) плеврит
- 3) медиастенит
- 4) пневмоторакс
- 5) абсцесс легкого

44. УВЧ при острой пневмонии назначается при:

- 1) ухудшении состояния
- 2) повышенной температуре
- 3) наличии токсикоза

- 4) склонности к затяжному течению
- 5) длительном кашле

45. Отхаркивающими препаратами являются:

- 1) мукалтин
- 2) либексин
- 3) бромгексин
- 4) ацетилцистеин
- 5) лазолван
- 6) кодеин
- 7) тавегил

46. Программа реабилитации детей, перенесших острую пневмонию, включает:

- 1) ЛФК
- 2) массаж грудной клетки
- 3) физиотерапию
- 4) витаминотерапию
- 5) аэрозольную терапию
- 6) антибактериальную терапию
- 7) закаливание
- 8) антигистаминные препараты

47. Продолжительность наблюдения за детьми, перенесшими острую пневмонию, составляет:

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

48. При направлении на стационарное лечение ребенка с острой пневмонией необходимыми документами будут являться:

- 1) история развития ребенка, талон для направления ребенка на госпитализацию, карта профилактических прививок
- 2) талон для направления на госпитализацию, выписка из истории развития
- 3) талон для направления на госпитализацию
- 4) выписка из истории развития

49. В развитии астматического статуса выделяют:

- 1) 2 стадии
- 2) 3 стадии
- 3) 4 стадии

50. Приступный период бронхиальной астмы характеризуется:

- 1) раздражительностью
- 2) свистящими хрипами
- 3) вынужденным положением тела
- 4) зудом в носу
- 5) экспираторной одышкой
- 6) слезотечением
- 7) чувством страха
- 8) откашливанием мокроты
- 9) мучительным сухим кашлем

51. Дополните: астматическое состояние – это приступ бронхиальной астмы, длящийся более

52. Для приступа бронхиальной астмы у ребенка раннего возраста характерно:

- 1) одышка
- 2) повышение температуры тела
- 3) увеличение печени
- 4) сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы
- 5) вздутие грудной клетки

53. Возможные осложнения бронхиальной астмы во время приступа – это:

- 1) деформация грудной клетки
- 2) ателектаз легких
- 3) пневмосклероз
- 4) подкожная эмфизема
- 5) хроническое легочное сердце
- 6) острая сердечная недостаточность
- 7) асфиксия

54. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита у детей раннего возраста проводится:

- 1) с пневмонией
- 2) со стенозом гортани
- 3) с бронхолитом
- 4) с ОРВИ
- 5) все вышеперечисленное

55. Для предприступного периода бронхиальной астмы характерны:

- 1) раздражительность
- 2) свистящие хрипы
- 3) зуд в носу
- 4) вынужденное положение тела
- 5) экспираторная одышка
- 6) слезотечение
- 7) чувство страха
- 8) мучительный сухой кашель
- 9) откашливание мокроты

56. Установите правильную последовательность: лечение ребенка в приступе бронхиальной астмы:

- 1) проветрить помещение
- 2) повторная доза β -адреномиметика + ингаляционный ГК (будесонид)
- 3) успокоить ребенка
- 4) β -адреномиметик аэрозоль дозированный (сальбутамол)
- 5) системные ГК внутримышечно (дексаметазон или преднизолон)

В ответе укажите последовательно номера ответов.

57. У детей наиболее частой формой бронхиальной астмы является:

- 1) инфекционно-аллергическая
- 2) атопическая

58. Установите правильную последовательность: стадии астматического статуса:

- 1) гипоксическая или гиперкапническая
- 2) декомпенсации

3) относительной компенсации
Укажите последовательно номера ответов.

59. Клиника типичной бронхиальной астмы – это:

- 1) выраженные приступы удушья
- 2) упорный спастический кашель
- 3) острая эмфизема легких
- 4) астматический бронхит

60. Для предупреждения приступа бронхиальной астмы применяют:

- 1) супрастин
- 2) интал
- 3) сальбутамол
- 4) эуфиллин

61. У детей раннего возраста в основе синдрома бронхиальной обструкции лежат:

- 1) отек слизистой оболочки бронхов
- 2) гиперпродукция секрета
- 3) выраженный бронхоспазм
- 4) слабо выраженный бронхоспазм

62. Клиника атипичной бронхиальной астмы – это:

- 1) упорный спастический кашель
- 2) астматический бронхит
- 3) выраженные приступы удушья
- 4) острая эмфизема легких
- 5) аллергический бронхит

63. Бронхиальная астма – это:

- 1) хроническое воспаление дыхательных путей
- 2) хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов
- 3) хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов, проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом или дыхательным дискомфортом

64. Для детей первого полугодия жизни наиболее характерным является развитие:

- 1) острого бронхоолита
- 2) острого бронхита (простого)
- 3) острого обструктивного бронхита
- 4) рецидивирующего бронхита
- 5) хронического бронхита

65. Для острого обструктивного бронхита характерны:

- 1) экспираторная одышка
- 2) инспираторная одышка
- 3) свистящие распространенные хрипы
- 4) влажные мелкопузырчатые хрипы
- 5) притупление перкуторного звука
- 6) очаговые тени на рентгенограмме

66. Для обструктивного бронхита у ребенка раннего возраста (первых 2-х лет) характерно:

- 1) редкий, глубокий кашель
- 2) навязчивый спастический кашель

- 3) инспираторная одышка
- 4) экспираторная одышка
- 5) тимпанический характер перкуторного звука
- 6) укорочение перкуторного звука в нижних отделах легких
- 7) оральная крепитация
- 8) сухие хрипы, выслушиваемые на расстоянии
- 9) мелкие влажные хрипы в участках притупления перкуторного звука

67. Для обструктивного синдрома характерно:

- 1) навязчивый кашель
- 2) затрудненный выдох
- 3) затрудненный вдох
- 4) коробочный звук над легкими при перкуссии
- 5) жесткое дыхание с наличием сухих и влажных хрипов

68. В патогенезе сужения просвета бронхов при остром обструктивном бронхите основную роль играют:

- 1) отек слизистой бронхов
- 2) гиперсекреция слизи
- 3) бронхоспазм

69. Принципами лечения обструктивного бронхита являются:

- 1) применение спазмолитических препаратов
- 2) ингаляция щелочными растворами
- 3) муколитические препараты
- 4) антибиотики
- 5) нестероидные противовоспалительные препараты

70. Ларинготрахеит у детей проявляется:

- 1) высокой лихорадкой
- 2) лающим кашлем
- 3) афонией
- 4) нейтрофилезом в крови
- 5) инспираторной одышкой
- 6) ускорением СОЭ

71. При бронхиальной астме средней тяжести приступы купируются:

- 1) Ингаляционными кортикостероидами (Пульмикорт)
- 2) Ингаляционными β_2 -агонистами короткого действия (Беротек)
- 3) М-холинолитиком (Атровент)
- 4) Производные кромоглициевой кислоты (Интал)

72. Какие лабораторные показатели характерны для атопической бронхиальной астмы в период обострения:

- 1) Спирали Куршмана
- 2) Эозинофилия
- 3) Высокая СОЭ
- 4) Анемия
- 5) Повышение в крови серотонина, гистамина
- 6) Высокий уровень IgE

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

- 1) ингаляционные глюкокортикостероиды

- 2) антилейкотриеновые препараты
- 3) пролонгированные β -агонисты
- 4) симпатомиметики

74. Противопоказанием к назначению системных кортикостероидов при бронхиальной астме являются:

- 1) Гипертермическая лихорадка
- 2) Сахарный диабет
- 3) Тяжелый остеопороз
- 4) Обострение ревматизма
- 5) Артериальная гипертензия

75. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста в первую очередь используют:

- 1) блокаторы H1- гистаминовых рецепторов
- 2) оксигенотерапия
- 3) β 2-адреномиметики
- 4) β 2-адреноблокаторы
- 5) преднизолон в/м
- 6) ипратропия бромид

76. Необходимые исследования при постановке диагноза атопическая бронхиальная астма у детей:

- 1) бронхография
- 2) посев мокроты
- 3) спирография
- 4) кожные пробы с аллергенами
- 5) реакция лейколизиса

77. Показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов при бронхиальной астме у детей:

- 1) легкое интермитирующее течение
- 2) выраженная сезонность
- 3) тяжелое течение
- 4) отсутствие эффекта при применении β 2-адреномиметиков
- 5) астматический статус

78. Наиболее частые осложнения при лечении детей с бронхиальной астмой системными глюкокортикоидами:

- 1) угнетение коры надпочечников
- 2) миопия
- 3) остеопороз
- 4) задержка полового развития
- 5) задержка роста

79. Высокий риск появления бронхиальной астмы имеют дети:

- 1) переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни
- 2) перенесшие на первом году жизни ОРВИ
- 3) с лимфатико-гипопластическим диатезом
- 4) с экссудативно-катаральным диатезом в анамнезе
- 5) из асоциальных семей

80. Признаки тяжелого астматического приступа у детей:

- 1) цианоз

- 2) боли при дыхании
- 3) pCO_2 более 40 мм рт.ст.
- 4) величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной
- 5) заложенность носа и слезотечение

81. При лечении бронхиальной астмы ингаляционные β_2 -адреномиметиками короткого действия можно применять у детей:

- 1) не чаще 2-х раз в сутки
- 2) не чаще 3-4 раз в сутки
- 3) так часто, как этого требует состояние ребёнка
- 4) эти препараты нельзя использовать у детей

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Для пиелонефрита характерны:

- 1) отеки
- 2) гипертония
- 3) повышение температуры тела
- 4) боли в поясничной области
- 5) симптомы интоксикации
- 6) боли при мочеиспускании
- 7) лейкоцитурия
- 8) гематурия
- 9) цилиндрурия
- 10) эпителиурия

2. Лейкоцитурия при пиелонефрите представлена:

- 1) нейтрофилами
- 2) лимфоцитами

3. При скудных изменениях в осадке мочи для уточнения диагноза пиелонефрита следует провести:

- 1) пробу по Зимницкому
- 2) пробу Нечипоренко
- 3) пробу Аддиса-Каковского
- 4) экскреторную урографию

4. Бактериурией у ребенка 10 лет считается выделение с мочой бактерий в количестве более:

- 1) 1 000 микробных тел в 1 мл мочи
- 2) 10000 микробных тел в 1 мл мочи
- 3) 100000 микробных тел в 1 мл мочи
- 4) 1000000 микробных тел в 1 мл мочи

5. Дополните: формами острого гломерулонефрита у детей являются:

- 1) ОГН с нефритическим синдромом
- 2) ОГН с нефротическим синдромом
- 3) ОГН с
- 4) ОГН с

6. Осложнения гломерулонефрита:

- 1) острая почечная недостаточность
- 2) карбункул почки

- 3) уремия
- 4) эклампсия
- 5) острая сердечная недостаточность

7. Лечение острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом проводится преднизолоном в дозе:

- 1) 0,5 мг/кг/сут
- 2) 1-2 мг/кг/сут
- 3) 3-5 мг/кг/сут
- 4) 5-8 мг/кг/сут

8. Критерии диагноза острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом:

- 1) массивные стойкие отеки
- 2) повышение артериального давления
- 3) макрогематурия
- 4) микрогематурия
- 5) умеренный отечный синдром
- 6) гиперхолестеринемия
- 7) умеренная протеинурия

9. Для острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерно:

- 1) гиперлипидемия, протеинурия, диспротеинемия
- 2) гипертония, протеинурия, гиперлипидемия
- 3) диспротеинемия, гиперлипидемия, гематурия

10. Отеки при пиелонефрите:

- 1) не характерны
- 2) встречаются у детей только дошкольного возраста
- 3) наблюдается во всех возрастах
- 4) выявляются только у больных со вторичным пиелонефритом

11. Rg-урологическое исследование показано детям, страдающим пиелонефритом:

- 1) во всех случаях
- 2) только в период обострения заболевания
- 3) только при нарушении функции почек
- 4) только детям старшего возраста

12. Антибактериальная терапия у больных пиелонефритом:

- 1) применяется в течение 2-х недель
- 2) только при наличии симптомов интоксикации
- 3) только при вторичном пиелонефрите
- 4) применяется в течение не менее 2-х месяцев

13. Определение степени бактериурии у больных пиелонефритом применяется:

- 1) в целях дифференциальной диагностики
- 2) только при вторичном пиелонефрите
- 3) только у больных с нарушением функции почек
- 4) только у больных с латентным течением

14. При гломерулонефрите нарушается:

- 1) тубулярная функция почек
- 2) функция клубочкового аппарата почек

15. Характерным признаком нефротического синдрома являются:

- 1) массивные отеки
- 2) гипертония
- 3) гипопротеинемия
- 4) массивная протеинурия

16. Исследование, позволяющее оценить концентрационную функцию почек:

- 1) анализ мочи по Нечипоренко
- 2) проба Зимницкого
- 3) определение мочевины крови
- 4) определение КОС

17. У больных пиелонефритом функция почек:

- 1) не нарушена
- 2) нарушается по тубулярному типу
- 3) нарушается клубочковая фильтрация в активную стадию
- 4) нарушается у больных с сопутствующими хроническими очагами инфекции

18. Кортикостероидные препараты применяются:

- 1) при всех формах гломерулонефрита
- 2) при всех формах хронического гломерулонефрита
- 3) при остром гломерулонефрите с нефротическим синдромом
- 4) при остром гломерулонефрите с нефритическим и изолированным мочевым синдромом

19. Формами хронического гломерулонефрита у детей являются:

- 1) гематурическая
- 2) гипертоническая
- 3) нефротическая
- 4) смешанная

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

20. О клубочковой фильтрации можно судить по:

- 1) пробе Зимницкого
- 2) белковой формуле крови
- 3) пробе Амбурже
- 4) величине остаточного азота
- 5) пробе Реберга

21. Гипертония при пиелонефрите:

- 1) встречается только у новорожденных
- 2) наблюдается при сопутствующей дисметаболической нефропатии
- 3) не характерна
- 4) наблюдается в активную стадию

22. Для ОПН характерны следующие расстройства гомеостаза:

- 1) гиперазотемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипокальциемия
- 4) метаболический ацидоз

23. Для острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерна протеинурия (г/сутки):

- 1) менее 1
- 2) 1-3
- 3) 3-5

24. Цитостатические иммунодепрессанты показаны:

- 1) при резко выраженных отеках у больных с нефротическим синдромом
- 2) при выраженных симптомах гиперкоагуляции
- 3) при отсутствии эффекта от гормональной терапии у больных с нефротическим синдромом
- 4) при рецидивах гломерулонефрита с нефротическим синдромом

25. Состояние азотовыделительной функции почек оценивается по следующим показателям:

- 1) креатинин
- 2) мочевины
- 3) сиалопротеиды
- 4) остаточный азот

26. Что из перечисленного характерно для смешанной формы хронического гломерулонефрита:

- 1) стойкие отеки
- 2) стойкая гипертония
- 3) циклическое течение
- 4) раннее снижение функции почек

27. Ухаживая за своим 2х-месячным ребенком, мать обратила внимание на то, что при хорошем состоянии и достаточной прибавки в массе, он мочится до 17 раз в сутки. Как следует квалифицировать частоту мочеиспусканий в данном случае:

- 1) цистит
- 2) физиологическая норма
- 3) нефролитиаз
- 4) уретрит
- 5) мочекислый инфаркт

28. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявляется с помощью:

- 1) обзорной Rg-графии брюшной полости
- 2) микционной цистографии
- 3) экскреторной урографии

29. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом сопровождается:

- 1) гипертонией
- 2) гипотонией
- 3) АД не изменяется

30. При цистографии уточняются:

- 1) наличие рефлюксов
- 2) состояние мочеточников
- 3) функциональное состояние почек
- 4) количество остаточной мочи

31. К особенностям течения пиелонефрита у новорожденных относятся:

- 1) токсикоз с эксикозом
- 2) явления менингизма
- 3) болевой синдром
- 4) абдоминальный синдром

32. При назначении антибиотиков при пиелонефрите у детей учитывается:

- 1) pH мочи

- 2) функциональное состояние почек
- 3) данные бактериологического исследования мочи
- 4) нефротоксичность

33. Для цистита характерно:

- 1) боли в животе
- 2) гипертермия
- 3) поллакиурия
- 4) странгурия

34. При пиелонефрите нарушается функция:

- 1) клубочка
- 2) капсулы Шумлянского-Боумана
- 3) тубулярного отдела нефрона
- 4) собирательных трубочек
- 5) петли Генле

35. Ведущую роль в развитии пиелонефрита играет:

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) нарушение уродинамики
- 3) антигенные свойства микроба
- 4) метаболические нарушения

36. Особенности сбора мочи для бактериологического исследования:

- 1) при пункции мочевого пузыря
- 2) только натощак
- 3) из средней порции струи в стерильную посуду
- 4) при катетеризации мочевого пузыря
- 5) сбор суточной мочи
- 6) до начала антибактериальной терапии

37. При каком количестве лейкоцитов в моче необходимо уточнять их морфологическую характеристику:

- 1) 2-10 лейкоцитов в поле зрения
- 2) 30 и более лейкоцитов в поле зрения
- 3) при любом количестве лейкоцитов в осадке мочи

38. О хроническом пиелонефрите можно говорить при сохранении активности воспалительного процесса:

- 1) более 3 мес.
- 2) более 6 мес.
- 3) более 1 года
- 4) не зависит от длительности

39. При пиелонефрите поражается:

- 1) лоханка
- 2) мочеточник
- 3) кровеносная и лимфатическая система паренхимы почек
- 4) чашечно-лоханочный аппарат, канальцы и интерстиций
- 5) клубочек и капсула

40. Воспалительный процесс в коже головки полового члена и внутреннем листке крайней плоти у мальчиков называется:

- 1) фимозом

- 2) баланопоститом
- 3) парафимозом
- 4) уретритом

41. Частым возбудителем пиелонефрита у детей является:

- 1) пиогенный стрептококк
- 2) гемофильная палочка
- 3) протей
- 4) синегнойная палочка

42. Выраженная лейкоцитурия и пиурия у детей характерны для:

- 1) карбункула почки
- 2) пиелонефрита
- 3) уретрита
- 4) цистита

43. Строгий постельный режим показан ребенку с пиелонефритом:

- 1) в первые 3 дня болезни
- 2) в период интоксикации
- 3) до полного выздоровления
- 4) в период бактериурии

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. При сахарном диабете у детей могут развиваться следующие осложнения:
 - 1) глаукома
 - 2) нефропатия
 - 3) катаракта
 - 4) нейропатия
 - 5) микроангиопатия
 - 6) остеохондроз

2. Дополните: при сахарном диабете внезапное начало, возбудимость, оглушенность, тахикардия, бледность кожных покровов характерны для комы

3. К клиническим классам нарушения углеводного обмена относится:
 - 1) несахарный диабет
 - 2) гипергликемия натощак
 - 3) нарушение толерантности к глюкозе
 - 4) сахарный диабет

4. У больных инсулинозависимым сахарным диабетом ожирение наблюдается при синдроме:
 - 1) Мориака
 - 2) Нобекура

5. Для кетоацидотической комы характерно:
 - 1) судороги
 - 2) дыхание Куссмауля
 - 3) гипорефлексия
 - 4) потеря сознания

6. Характерным признаком гипогликемической комы является:
 - 1) запах ацетона
 - 2) дыхание Куссмауля
 - 3) эксикоз
 - 4) судороги

7. Критерием компенсации сахарного диабета 1 типа у детей является:
 - 1) гликемия менее 15 ммоль/л
 - 2) глюкозурия менее 1%
 - 3) гликемия менее 3,0 ммоль/л
 - 4) глюкозурия менее 10%

8. Для сахарного диабета 1 типа характерно:
 - 1) гипоинсулинемия
 - 2) постепенное развитие
 - 3) склонность к кетоацидозу
 - 4) острое начало

9. Для диффузного токсического зоба характерно:
 - 1) снижение вольтажа зубцов на ЭКГ
 - 2) гиперхолестеринемия
 - 3) повышение уровня Т3 и Т4 в крови
 - 4) повышение уровня ТТГ в крови

10. К отдаленным осложнениям сахарного диабета 1 типа относится:

- 1) полинейропатия
- 2) ретинопатия
- 3) кардиопатия
- 4) нефропатия

11. Функциональное состояние щитовидной железы, не характерное для эндемического зоба:

- 1) эутиреоз
- 2) гипертиреоз
- 3) гипотиреоз
- 4) субклинический гипотиреоз

12. Для диагностики диффузно-токсического зоба используют:

- 1) пробу с тиреолиберином
- 2) пробу с дексаметазоном
- 3) пробу с инсулином
- 4) пробу на «автономность»

13. Глюконеогенез при сахарном диабете 1 типа обусловлен:

- 1) гипогликемией
- 2) гипергликемией
- 3) недостатком инсулина
- 4) избытком инсулина

14. К этиологическим факторам сахарного диабета 1 типа относят:

- 1) алиментарные факторы
- 2) генетические факторы
- 3) патология рецепции инсулина
- 4) повышенная инсоляция

15. Тиреотоксикоз характерен для:

- 1) аутоиммунного тиреоидита
- 2) эндемического зоба
- 3) гипоплазии щитовидной железы
- 4) диффузно-токсического зоба

16. В патогенезе кетоацидотической комы имеет значение:

- 1) гипогликемия
- 2) гиперинсулинизм
- 3) дегидратация
- 4) алкалоз

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

17. Для декомпенсации сахарного диабета 1 типа без кетоацидоза характерно:

- 1) тошнота, рвота
- 2) нарушение сознания
- 3) повышенный аппетит
- 4) потребность в соленой пище

18. Вероятная потребность в инсулине у ребенка, больного сахарным диабетом 1 типа более года, составляет:

- 1) 0,7-0,8 Ед/кг в сутки

- 2) 1,5 Ед/кг в сутки
- 3) 1 Ед/кг в сутки
- 4) 0,2-0,3 Ед/кг в сутки

19. Характер патоморфологического изменения поджелудочной железы при сахарном диабете 1 типа:

- 1) геморрагический панкреатит
- 2) травма поджелудочной железы
- 3) кистозные изменения поджелудочной железы
- 4) аутоиммунный инсулит

20. Какие из нижеперечисленных симптомов не характерны для явного сахарного диабета:

- 1) полидипсия
- 2) полиурия
- 3) нарушенная толерантность к глюкозе
- 4) глюкозурия

21. Патогенез полиурии при сахарном диабете:

- 1) повышение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- 2) понижение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- 3) повышение клубочковой фильтрации
- 4) вследствие полидипсии

22. Для инсулинзависимого сахарного диабета характерно:

- 1) наследственный характер
- 2) начало заболевания обычно острое в молодом возрасте
- 3) начало заболевания чаще в старшем возрасте у лиц с ожирением
- 4) проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

23. Какой уровень гликемии через 2 часа после приема глюкозы наблюдается у здоровых лиц:

- 1) увеличен значительно по сравнению с исходным уровнем
- 2) снижается до начальной величины
- 3) снижается ниже начального уровня

24. Укажите уровень гликемии через 2 часа после "нагрузки" глюкозой при явном сахарном диабете (в ммоль/л):

- 1) 6,6
- 2) 7,8
- 3) 9,0
- 4) 11,1

25. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) макроангиопатия
- 3) ретинопатия
- 4) нейропатия

26. При каком уровне гликемии натощак в ммоль/л правомочен диагноз сахарного диабета:

- 1) 6,8
- 2) 4,4

- 3) 5,9
- 4) 7,5

27. Оральный глюкозотолерантный тест показан во всех случаях кроме:

- 1) содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л
- 2) лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом
- 3) при наличии сахарного диабета у кровных родственников
- 4) женщинам, родившим живой или мертвый плод весом более 4,5 кг
- 5) при 2-х кратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л диабета

28. Для инсулинзависимого сахарного диабета характерны поздние осложнения в виде:

- 1) микроангиопатии
- 2) макроангиопатии
- 3) гипогликемическая кома
- 4) кетоацидотическая кома

29. Для инсулиннезависимого сахарного диабета характерны поздние осложнения в виде:

- 1) микроангиопатии
- 2) макроангиопатии
- 3) ожирение
- 4) метаболический синдром

30. Для дефицита инсулина характерно:

- 1) стимуляция гликонеогенеза и гликогенолиза
- 2) подавление синтеза гликогена в печени
- 3) активация липолиза
- 4) гипергликемия и глюкозурия
- 5) подавление липолиза

31. Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для ранней диагностики диабетической нефропатии:

- 1) изотопная ренография
- 2) УЗИ почек
- 3) определение бета-микроглобулина в моче
- 4) динамическая сцинтиграфия почек

32. Проявлением какого осложнения сахарного диабета является появление болей, жжения, онемения, "ползания мурашек" в дистальных отделах ног, нередко в пальцах, снижение ахиллова и коленного рефлекса, ослабление тактильной и болевой чувствительности:

- 1) "диабетическая стопа"
- 2) периферическая полинейропатия
- 3) поражение центральной нервной системы

33. Укажите наиболее частое осложнение инсулинзависимого сахарного диабета:

- 1) ретинопатия
- 2) ишемическая болезнь сердца
- 3) церебральный атеросклероз
- 4) хайропатия

34. Какое изменение в инсулярном аппарате характерно для диабета типа MODY:

- 1) абсолютный дефицит инсулина
- 2) относительный дефицит инсулина
- 3) дисфункция рецепторов к инсулину в тканях

35. Как называется дефицит инсулина, вызываемый инактивацией инсулина, повышенным его разрушением ферментами печени, снижением чувствительности и количества инсулиновых рецепторов в тканях:

- 1) абсолютный дефицит инсулина
- 2) относительный дефицит инсулина

36. Нарушение жирового обмена при дефиците инсулина проявляется:

- 1) жировая инфильтрация печени
- 2) увеличение в крови неэстерифицированных жирных кислот
- 3) увеличение содержания в крови аммиака, мочевины, аминокислот
- 4) повышение в крови бета-оксимасляной, ацетоуксусной кислот, ацетона

37. Какой гормон не обладает гипергликемирующим эффектом:

- 1) глюкагон
- 2) адреналин
- 3) глюкокортикоиды
- 4) альдостерон
- 5) соматотропин

38. Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

- 1) гиперкетонемическая
- 2) гипогликемическая
- 3) гиперосмолярная
- 4) гиперлактацидемическая

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Максимальная продолжительность инкубационного периода при эпидемическом паротите:

- 1) до 15 дней
- 2) до 21 дня
- 3) до 11 дней
- 4) до 23 дня

2. Дополните: при краснухе:

- 1) максимальный инкубационный период составляет
- 2) самым постоянным симптомом является
- 3) у всех больных краснухой наблюдается увеличение

3. Для краснухи характерно увеличение лимфоузлов:

- 1) шейных
- 2) подчелюстных
- 3) подмышечных
- 4) затылочных

4. При коклюше в клиническом анализе крови отмечается:

- 1) лейкоцитоз
- 2) анемия
- 3) лейкопения

- 4) лимфоцитоз
- 5) нормальная СОЭ
- 6) увеличенная СОЭ

5. Срок изоляции не болевших детей, контактных с больным ветряной оспой:

- 1) с 9 по 17 день
- 2) с 11 по 21 день
- 3) с 7 по 19 день

6. Коревую сыпь в типичных случаях характеризуют:

- 1) тенденция к слиянию элементов сыпи
- 2) пятнисто-папулезный характер
- 3) гиперемированный фон кожи
- 4) пластинчатое шелушение
- 5) одномоментность высыпания
- 6) геморрагическое пропитывание сыпи
- 7) этапность высыпания

7. Инкубационный период при скарлатине:

- 1) 2 - 3 дня
- 2) 3 - 4 дня
- 3) 2 недели
- 4) 7 дней

8. К начальным проявлениям скарлатины относятся:

- 1) интоксикация
- 2) "малиновый" язык
- 3) мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне
- 4) ангина
- 5) пластинчатое шелушение

9. Локализованную дифтерию ротоглотки характеризуют:

- 1) температура тела выше 40°C
- 2) гиперемия зева с синюшным оттенком
- 3) резкая боль при глотании
- 4) отек клетчатки шеи
- 5) незначительное увеличение регионарных лимфатических узлов
- 6) налеты, не выходящие за пределы миндалин

10. Синдром крупа развивается при:

- 1) дифтерии носа
- 2) дифтерии ротоглотки
- 3) дифтерии гортани

11. При токсической дифтерии ротоглотки второй степени начальная доза антитоксической сыворотки составляет (в международных антитоксических единицах):

- 1) 80000-100000
- 2) 30000-50000
- 3) 120000-150000
- 4) 40000-60000

12. Отек подкожной клетчатки шеи наряду с другими характерными признаками дифтерии наблюдается при:

- 1) дифтерии ротоглотки локализованной

- 2) дифтерии ротоглотки токсической
- 3) дифтерии ротоглотки распространенной
- 4) дифтерии гортани

13. Установите соответствие:

Заболевание:

- 1) скарлатина
- 2) ветряная оспа
- 3) корь

Характер сыпи:

- а) уртикарная
- б) мелкоточечная
- в) везикулярная
- г) пятнисто-папулезная

Образец ответа: 1 - 2 - ..., 3 - ...

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

14. Синдром крупа у детей бывает при:

- 1) кори
- 2) краснухе
- 3) паротитной инфекции
- 4) ОРВИ

15. Препаратом выбора при судорожном синдроме является:

- 1) седуксен
- 2) хлоралгидрат
- 3) сульфат магния
- 4)

16. Какой из перечисленных симптомов характерен для синдрома крупа:

- 1) Беспокойство
- 2) Шумное дыхание
- 3) Затруднен выдох
- 4) Затруднен вдох
- 5) Ослабленное дыхание в легких
- 6)

17. Какой симптом наиболее характерен для коклюша у ребенка первого года жизни?

- 1) Кашель с репризами
- 2) Одышка
- 3) Апноэ
- 4) Высокая температура

18. Из перечисленных осложнений для дифтерии характерно:

- 1) дистрофия миокарда
- 2) миокардит
- 3) аортоартериит
- 4) полирадикулоневрит

19. При дифференциальном диагнозе между паратонзиллитом и токсической формой дифтерии в пользу дифтерии свидетельствуют:

- 1) гипертермия
- 2) резкая боль при глотании и тризм жевательной мускулатуры
- 3) гипертрофия миндалин и небной дужки с одной стороны
- 4) отек ротоглотки и шейной клетчатки, налеты на миндалинах и за их пределами

20. Эпидемический процесс дифтерии на территориях с низким уровнем коллективного противодифтерийного антитоксического иммунитета характеризуется:

- 1) эпидемическим уровнем заболеваемости;
- 2) спорадическим уровнем заболеваемости;

- 3) преимущественной заболеваемостью детей в возрасте до 3 лет;
- 4) преобладанием тяжелых форм дифтерии среди заболевших;
- 5) отсутствием носительства токсигенных дифтерийных коринебактерий;
- 6) сохранением носительства токсигенных дифтерийных коринебактерий

21. Источником дифтерии являются:

- 1) больные типичной формой болезни;
- 2) больные атипичной формой;
- 3) носители нетоксигенных дифтерийных коринебактерий
- 4) носители токсигенных дифтерийных коринебактерий;

22. Бактериологическому обследованию на дифтерию подлежат:

- 1) больной ангиной;
- 2) больной фарингитом, поступающий в стационар;
- 3) ребенок с поражением ЦНС при поступлении в туберкулезный стационар;
- 4) больной с паратонзиллярным абсцессом;
- 5) дети перед тонзиллэктомией;
- 6) лица, контактировавшие с больным в очаге дифтерии

23. В эпидемическом очаге дифтерии вакцинации подлежат:

- 1) не привитые против дифтерии;
- 2) дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- 3) взрослые, у которых, согласно медицинской документации, от последней прививки прошло 10 лет и более; уровень антитоксических антител 0,01 МЕ/мл;
- 4) лица, у которых при серологическом исследовании не выявлены антитоксические противодифтерийные антитела или их уровень менее 0,01 МЕ/мл;
- 5) лица, у которых при серологическом исследовании уровень антител более 1,0 МЕ/мл

24. Дифтерию необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1) с гриппом
- 2) с аденовирусной инфекцией
- 3) с инфекционным мононуклеозом
- 4) с иерсиниозной инфекцией

25. Основным в лечении дифтерии является:

- 1) дезинтоксикационная терапия
- 2) антибиотикотерапия
- 3) серотерапия
- 4) орошение зева растворами антисептиков

26. Источниками инфекции, имеющими в настоящее время наибольшее эпидемиологическое значение при дифтерии, являются:

- 1) носители токсигенных штаммов
- 2) реконвалесценты
- 3) больные типичной формой дифтерии
- 4) больные стертой формой дифтерии

27. Ребёнку проведена вакцинация против дифтерии по индивидуальной схеме. Следующую прививку против другой инфекции ребёнку необходимо назначить не менее, чем через:

- 1) 1 месяц
- 2) 2 недели
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

28. Госпитализация больных дифтерией:

- 1) обязательна для всех заболевших
- 2) обязательна только для лиц, относящихся к декретированным группам
- 3) осуществляется по желанию пациента или родственников
- 4) осуществляется при наличии клинических показаний

29. Противодифтерийную сыворотку используют:

- 1) по клиническим показаниям для лечения больных дифтерией
- 2) планоно в рамках Национального календаря профилактических прививок
- 3) по эпидемиологическим показаниям
- 4) для постановки внутрикожной аллергической пробы

30. При расчете дозы анитоксической сыворотки, вводимой больному дифтерией, учитывают:

- 1) массу тела ребенка
- 2) клиническую форму болезни
- 3) возраст ребенка
- 4) длительность заболевания

31. При подозрении на дифтерию педиатр обязан:

- 1) ввести больному противодифтерийную сыворотку
- 2) взять мазок на наличие коринебактерии
- 3) осуществить экстренную госпитализацию
- 4) подать экстренное извещение в органы санэпиднадзора

Диагностика и терапия некоторых неотложных состояний в педиатрии.

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Степень стеноза гортани определяет:

- 1) наличие в легких влажных хрипов
- 2) степень дыхательной недостаточности

2. Для крупа характерны:

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

3. Синдром крупа у детей с ОРВИ чаще встречается в возрасте:

- 1) до 3-х лет
- 2) от 3 до 5 лет
- 3) старше 5 лет

4. Синдром крупа у детей бывает:

- 1) при пневмонии
- 2) при паротитной инфекции
- 3) при ветряной оспе
- 4) при кори

5. Физические методы ургентной терапии стеноза гортани:

- 1) не применяются
- 2) применяются редко

3) применяются всегда

6. Степень тяжести стеноза гортани, при котором показана экстренная трахеотомия:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

7. При остром стенозирующем ларинготрахеите отмечается:

- 1) изменение голоса
- 2) грубый лающий кашель
- 3) втяжение уступчивых мест грудной клетки
- 4) удлинение выдоха

8. Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:

- 1) гнойный менингит
- 2) острое отравление
- 3) энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
- 4) эпилепсия
- 5) травма головного мозга

9. Препаратом выбора при судорожном синдроме является:

- 1) седуксен
- 2) хлоралгидрат
- 3) сульфат магния

10. Разовая доза седуксена, применяемого внутримышечно для купирования судорожного синдрома:

- 1) 0,5% раствор 0,3-0,5 мг/кг
- 2) 0,5% раствор 0,1-0,2 мг/кг
- 3) 0,1% раствор 0,3-0,5 мг/кг
- 4) 0,1% раствор 0,1-0,2 мг/кг

11. Разовая доза сернокислой магнезии, применяемой внутримышечно для купирования судорожного синдрома:

- 1) 25% раствор 0,5 мл/кг
- 2) 25% раствор 0,2 мл/кг
- 3) 15% раствор 0,5 мл/кг
- 4) 15% раствор 0,2 мг/кг

12. При отсутствии эффекта от введения седуксена при судорожном синдроме повторное его введение:

- 1) нецелесообразно
- 2) целесообразно в двойной дозе
- 3) целесообразно в дозе 2/3 от начальной
- 4) целесообразно в той же дозе

13. Для купирования судорожного синдрома при ОРВИ применяются:

- 1) жаропонижающие
- 2) седуксен
- 3) кордиамин
- 4) кофеин
- 5) сернокислая магнезия

14. Максимальная суточная доза препаратов парацетамола составляет:

- 1) 15 мг/кг
- 2) 30 мг/кг
- 3) 60 мг/кг
- 4) 120 мг/кг

15. Действие препаратов ибупрофена:

- 1) наступает через 30-60 минут
- 2) наступает через 20 минут
- 3) наступает через 2 часа
- 4) продолжается в среднем 12 часов
- 5) продолжается в среднем 4-6 часов
- 6) продолжается в среднем 6-8 часов

16. Действие препаратов парацетамола:

- 1) наступает через 30-60 минут
- 2) наступает через 20 минут
- 3) наступает через 2 часа
- 4) продолжается в среднем 2 часа
- 5) продолжается в среднем 4 часа
- 6) продолжается в среднем 8 часов

17. Синдром Рея характеризуется:

- 1) стенозом гортани
- 2) токсической энцефалопатией
- 3) развитием распространенной бронхообструкции
- 4) жировой дегенерацией внутренних органов
- 5) неукротимой затяжной рвотой

18. Физические методы охлаждения при «розовой» гипертермии:

- 1) не применяются
- 2) применяются

19. При бледной лихорадке проводятся следующие мероприятия:

- 1) оксигенотерапия
- 2) антигистаминные препараты
- 3) сосудорасширяющие препараты
- 4) жаропонижающие
- 5) физические методы охлаждения

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

20. При бледной гипертермии назначают:

- 1) теплые грелки, горячее питье
- 2) жаропонижающие препараты
- 3) спазмолитики
- 4) обдувание ребенка вентилятором

21. При розовой лихорадке проводятся следующие лечебные мероприятия:

- 1) оксигенотерапия
- 2) нейролептики
- 3) жаропонижающие
- 4) сосудорасширяющие препараты
- 5) физические методы охлаждения
- 6) обеспечение свободной теплоотдачи

22. Разовая доза анальгина, применяемого внутримышечно для купирования гипертермического синдрома:

- 1) 50% р-р анальгина, 0,1 мл/кг массы
- 2) 50% р-р анальгина, 0,1 мл/год жизни
- 3) 50% р-р анальгина, 0,5 мл/кг массы
- 4) 50% р-р анальгина, 0,5 мл/год жизни

23. Жаропонижающую терапию исходно здоровым детям следует проводить при температуре тела выше:

- 1) 37,5 оС
- 2) 38,0 оС
- 3) 38,5 оС
- 4) 39 оС
- 5) 39,5 оС

24. Жаропонижающую терапию детям из группы риска по развитию осложнений на фоне лихорадки следует проводить при температуре тела выше:

- 1) 37,5оС
- 2) 38,0оС
- 3) 38,5оС
- 4) 39оС
- 5) 39,5оС

25. Разовая доза препаратов парацетамола составляет:

- 1) 1-5 мг/кг
- 2) 10-15 мг/кг
- 3) 20 мг/кг
- 4) 1 таблетка

26. Разовая доза препаратов ибупрофена составляет:

- 1) 1-3 мг/кг
- 2) 5-10 мг/кг
- 3) 10-15 мг/кг
- 4) 1 таблетка
- 5) 5 мл раствора

27. Применение ацетилсалициловой кислоты в педиатрической практике может вызвать развитие у ребенка:

- 1) болезни Шенляйн-Геноха
- 2) синдрома Рея
- 3) анемии Миньковского-Шоффара

28. Бронхообструктивный синдром характеризуется:

- 1) влажным кашлем
- 2) сухим кашлем
- 3) инспираторной одышкой
- 4) экспираторной одышкой

29. Степень тяжести бронхообструктивного синдрома определяет:

- 1) наличие в легких влажных хрипов
- 2) наличие дистанционных сухих хрипов
- 3) степень дыхательной недостаточности

30. Наиболее часто бронхообструктивный синдром у детей развивается на фоне:

- 1) пневмонии
- 2) острой респираторной вирусной инфекции
- 3) абсцесса легкого

31. К бронхолитикам для ингаляционного введения относят:

- 1) эуфиллин
- 2) беродуал
- 3) вентолин
- 4) диклофенак

32. Улучшение дренажной функции бронхиального дерева при бронхообструктивном синдроме достигается применением:

- 1) лазолвана
- 2) бромгексина
- 3) эуфиллина
- 4) ацетилцистеина

33. Показания к антибиотикотерапии при бронхообструктивном синдроме:

- 1) асимметрия физикальных данных
- 2) лихорадка
- 3) в анализах крови лейкопения, лимфоцитоз
- 4) в анализах крови лейкоцитоз, нейтрофилез

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Дети в возрасте до 3-х лет редко болеют:

- 1) дизентерией
- 2) ротавирусной инфекцией
- 3) желудочно-кишечной формой сальмонеллеза

2. Симптомы колита имеют место в клинике:

- 1) шигеллеза
- 2) эшерихиоза
- 3) сальмонеллеза
- 4) стафилококковой кишечной инфекции

3. Для шигеллеза у детей 1-го года жизни характерно:

- 1) появление крови в стуле с первых часов заболевания
- 2) наблюдается поражение не только толстого, но и тонкого кишечника
- 3) эквиваленты тенезмов
- 4) значительно выраженный синдром дистального колита
- 5) податливость ануса

4. Характер стула при шигеллезе:

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

5. Энтеропатогенный эшерихиоз встречается чаще у детей:

- 1) грудного возраста
- 2) старшего (школьного) возраста

6. Особенности сальмонеллеза у детей 1 года жизни:

- 1) течение болезни легкое
- 2) течение болезни тяжелое
- 3) преобладает путь передачи контактно-бытовой
- 4) возможна генерализация процесса

7. Установите соответствие:

Степень эксикоза:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3

Дефицит массы тела:

- | | |
|----------|--------------|
| а) до 2% | г) 5-10% |
| б) до 5% | д) 1-3% |
| в) 6-8% | е) более 10% |

Ответ: 1-..., 2-..., 3-.....

8. При лечении кишечной инфекции у ребенка первого года жизни, осложненной дегидратацией второй степени, объем жидкости для регидратации по схеме Деннис составляет:

- 1) 100-120 мл/кг массы тела в сутки
- 2) 150-170 мл/кг массы тела в сутки
- 3) 175-200 мл/кг массы тела в сутки
- 4) 200-220 мл/кг массы тела в сутки

9. При лечении кишечной инфекции у ребенка первого года жизни, осложненной дегидратацией третьей степени, объем жидкости для регидратации по схеме Деннис составляет:

- 1) 130-170 мл/кг массы тела в сутки
- 2) 150-180 мл/кг массы тела в сутки
- 3) 180-200 мл/кг массы тела в сутки
- 4) 220 мл/кг массы тела в сутки

10. При водodefицитном типе эксикоза стартовым раствором для инфузионной терапии является:

- 1) глюкоза
- 2) реополиглюкин
- 3) полиглюкин
- 4) гемодез

11. Для водodefицитного типа дегидратации характерно:

- 1) снижение тургора тканей
- 2) жажда
- 3) сухость слизистых
- 4) ригидность затылочных мышц

12. Какой лабораторный показатель более характерен для соледефицитного типа эксикоза:

- 1) гематокрит 0,60
- 2) уровень натрия в крови менее 143 ммоль/л
- 3) уровень белка в крови 50-60 г/л

13. Суточный объем жидкости по схеме Деннис, необходимый ребенку первого года жизни при первой степени эксикоза:

- 1) 120 мл/кг
- 2) 130-170 мл/кг
- 3) 170-200 мл/кг
- 4) более 200 мл/кг

14. При какой степени дегидратации у ребенка с кишечной инфекцией возможно применение оральных регидратантов?

- 1) 1-2 степени
- 2) 1-2 степени при отсутствии рвоты
- 3) 2-3 степени
- 4) 3 степени

15. Острые кишечные инфекции имеют единый для всех путь инфицирования

- 1) Трансмиссивный
- 2) Воздушно-капельный
- 3) Фекально-оральный
- 4) Парентеральный

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

16. Заболеваемость детей в первом полугодии жизни кишечными инфекциями чаще всего обусловлена инфицированием:

- 1) Условно патогенной микрофлорой
- 2) Иерсиниями
- 3) Сальмонеллой
- 4) Шигеллами

17. Энтероинвазивный эшерихиоз поражает преимущественно детей:

1. Раннего возраста и новорожденных
2. Старшего возраста

18. Инфицирование детей, находящихся на грудном вскармливании, чаще всего происходит при острых кишечных инфекциях бактериальной этиологии:

1. Пищевым путем
2. Водным путем
3. Контактно-бытовым путем
4. Воздушно-капельным путем

19. Среди осложнений при упорной рвоте наблюдаются:

- 1) нарушения электролитного обмена
- 2) алкалоз
- 3) эксикоз
- 4) полиурия

20. Показанием для оральной регидратации при кишечных инфекциях являются:

- 1) водянистые диареи любой этиологии, сопровождающиеся эксикозом I-II степени
- 2) кишечные инфекции, протекающие с колитическим синдромом
- 3) кишечные инфекции, протекающие с выраженной интоксикацией

21. Для проведения дифференциального диагноза между нейротоксикозом и менингитом у детей необходимо:

- 1) определение менингеальных симптомов
- 2) Р-графия черепа в 2-х проекциях
- 3) проведение люмбальной пункции с исследованием ликвора
- 4) исследование глазного дна

22. Гематокрит остается нормальным:

- 1) при изотоническом эксикозе
- 2) при воддефицитном эксикозе

- 3) при соледефицитном эксикозе
- 4) изменения гематокрита для любого типа эксикоза не характерны

23. Вододефицитному эксикозу соответствует:

- 1) холодная пастозная кожа
- 2) полидипсия
- 3) повышение белка и цитоза в ликворе
- 4) гипонатриемия
- 5) полиурия

24. Из указанных гормональных препаратов наиболее показаны при регидратации больного с токсикозом и эксикозом II степени:

- 1) преднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) метилпреднизолон
- 4) дексаметазон
- 5) гормоны не показаны

25. Для соледефицитного эксикоза характерно:

- 1) полидипсия
- 2) артериальная гипертония
- 3) гиперрефлексия
- 4) брадикардия
- 5) низкие АД и ЦВД

26. Вододефицитному эксикозу соответствует:

- 1) выбухающий родничок
- 2) гипотермия
- 3) снижение АД
- 4) сухость слизистых
- 5) гипонатриемия

27. В патогенезе развития синдрома нейротоксикоза при шигеллезах у детей ведущим является:

- 1) массивный прорыв токсинов в кровь
- 2) гиперергическая ответная реакция организма на внедрение возбудителя
- 3) накопление токсических продуктов обмена в крови и непосредственное их воздействием на ЦНС

28. При фекально-оральном механизме инфицирования и массивной инвазии синдром первичного нейротоксикоза чаще всего развивается при:

- 1) холере
- 2) энтеропатогенном эшерихиозе
- 3) шигеллезе
- 4) сальмонеллезе
- 5) энтероинвазивном эшерихиозе

29. При кишечных инфекциях у детей, протекающих с эксикозом, оральная регидратация должна быть дополнена парентеральной при:

- 1) нейротоксикозе
- 2) дефиците массы тела 3-4%
- 3) наличии признаков гиповолемического шока
- 4) неукротимой рвоте

30. При воддефицитном типе эксикоза стартовым раствором для инфузионной терапии является:

- 1) глюкоза
- 2) полиглюкин
- 3) реополиглюкин
- 4) гемодез

Раздел 15. БОЛЕЗНИ КРОВИ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Латентный дефицит железа:

- 1) анемией сопровождается
- 2) анемией не сопровождаются

2. Установите последовательность: фонды железа в организме ребенка, заболевшего железодефицитной анемией, расходуются в последовательности:

- 1) гемоглобиновый
- 2) запасный
- 3) транспортный
- 4) тканевой

Укажите последовательно номера ответов

3. При подозрении на железодефицитный характер анемии ребенку необходимо исследовать:

- 1) содержание сывороточного железа
- 2) коэффициент насыщения железом трансферрина
- 3) общую железосвязывающую способность сыворотки крови
- 4) лейкограмму

4. Сидеропенический синдром при железодефицитной анемии характеризуется:

- 1) увеличением селезенки
- 2) увеличением печени
- 3) извращением вкуса

4) сниженной резистентностью по отношению к инфекционным заболеваниям

- 5) судорожными подергиваниями конечностей

6) трофическими изменениями

кожи, волос, ногтей

5. Суточная дозировка элементарного железа при лечении железодефицитной анемии у детей раннего возраста:

- 1) 1-3 мг/кг в сутки
- 2) 5-8 мг/кг в сутки
- 3) 4-5 мг/кг в сутки.
- 4) 8-10 мг/кг в сутки
- 5) 9-11 мг/кг в сутки

6. Для гемолитической анемии Минковского-Шоффара в период криза характерны:

- 1) анемия
- 2) ретикулоцитоз
- 3) желтуха
- 4) увеличение селезенки
- 5) повышение прямого билирубина
- 6) снижение осмотической резистентности эритроцитов

7. Диагноз острого лейкоза становится несомненным:

- 1) при тотальном бластозе в костном мозге
- 2) при гепатоспленомегалии
- 3) при анемическом и геморрагическом синдромах
- 4) при появлении бластных клеток в гемограмме

8. Нейролейкоз при лимфобластном лейкозе у детей проявляется чаще:

- 1) в период первой атаки заболевания
- 2) в период ремиссии

9. Какой из показателей гемоглобина (в г/л) характерен для анемии средней степени тяжести у детей раннего возраста:

- 1) 120-130
- 2) 110-120
- 3) 90-110
- 4) 70-90

10. При лечении железодефицитной анемии легкой степени Вы будете использовать:

- 1) диету с высоким содержанием железа
- 2) витамины группы В
- 3) препараты железа для парентерального введения

11. В структуре анемий у детей раннего возраста до 90% - железодефицитные. Какая из перечисленных групп детей наиболее вероятно будет иметь анемию другой этиологии:

- 1) часто болеющие дети
- 2) дети с рыжими волосами
- 3) дети первых трех месяцев жизни, рожденные раньше срока
- 4) дети с аллергическими диатезами
- 5) дети с заболеваниями ЖКТ

12. Какие из указанных показателей характерны для железодефицитной анемии:

- 1) сниженный уровень сывороточного железа
- 2) повышенная ОЖСС
- 3) сниженная ОЖСС
- 4) сниженный коэффициент насыщения трансферрина
- 5) гипохромия

13. Какой из показателей гемоглобина (в г/л) характерен для тяжелой анемии у детей раннего возраста:

- 1) менее 70 г/л
- 2) 70-90
- 3) 90-110
- 4) 110-120

14. Уровень сывороточного железа (в ммоль/л) при железодефицитной анемии ниже уровня:

- 1) 11,5
- 2) 14,0
- 3) 16,8
- 4) 20,4

15. Критерием насыщения организма железом служат следующие показатели:

- 1) железо сывороточное выше 18 ммоль/л
- 2) показатель дисфераловой пробы ниже 0,4 мг/сутки
- 3) коэффициент насыщения трансферрина выше 30%
- 4) ОЖСС ниже 64 ммоль/л

16. При железодефицитной анемии ранее других появляются признаки:

- 1) бледность
- 2) снижение аппетита
- 3) гепато-лиенальный синдром

4) признаки кожно-эпителиального синдрома

17. Какой из перечисленных показателей является наиболее достоверным в диагностике дефицита железа:

- 1) цветовой показатель
- 2) ретикулоцитоз
- 3) сывороточное железо
- 4) уровень гемоглобина
- 5) уменьшение количества эритроцитов

18. Факторами риска развития железодефицитной анемии у детей первого года жизни являются:

- 1) анемия матери во время беременности
- 2) гестоз 2 половины беременности
- 3) многоплодная беременность
- 4) изоиммунизация плода

19. О какой степени тяжести анемии вы подумаете при уровне гемоглобина 80 г/л:

- 1) легкой
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелой

20. Назовите реально значимые факторы риска возникновения железодефицитных анемий:

- 1) ферродефицитный рацион питания
- 2) быстрые темпы роста
- 3) хроническая внутриутробная гипоксия плода

21. Перечислите принципы лечебных мероприятий при дефицитной анемии:

- 1) организация рационального режима дня и питания
- 2) препараты железа
- 3) кислородно-витаминные коктейли
- 4) микродозы меди, кобальта, никеля, марганца
- 5) специфическая иммунокоррекция, применение иммуномодуляторов

22. Перечислите клинические диагностические критерии дефицитных анемий у детей:

- 1) бледность кожи и слизистых
- 2) лимфаденопатия
- 3) извращение вкуса и аппетита
- 4) желтуха
- 5) увеличение печени

23. Определить длительность диспансерного наблюдения за детьми с дефицитными анемиями:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 12 месяцев

24. Назовите продолжительность курса лечения препаратами железа при легкой анемии:

- 1) 2 недели
- 2) 1 месяц
- 3) 3 месяца
- 4) до нормализации показателей гемоглобина

25. Является ли легкая анемия абсолютным противопоказанием для проведения профилактических прививок:

- 1) да
- 2) нет

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

26. Перечислите объем исследований при диспансерном наблюдении больного с дефицитной анемией:

- 1) клинический анализ крови
- 2) биохимическое исследование крови
- 3) определение группы крови
- 4) коагулограмма

27. Определите показания для госпитализации детей с дефицитными анемиями:

- 1) тяжелый характер анемии
- 2) анемия легкой степени
- 3) отсутствие эффекта от проводимой терапии на дому
- 4) анемия в сочетании с другими заболеваниями

28. Назовите принципы диетотерапии при железодефицитной анемии:

- 1) более раннее (на 2-3 недели раньше) введение прикорма
- 2) в качестве прикорма – овощное пюре
- 3) водно-чайная пауза 6 часов
- 4) своевременное введение в рацион адаптированных мясных блюд и продуктов, богатых железом
- 5) предпочтительны адаптированные кисломолочные смеси

29. У ребенка со среднетяжелой анемией лечебная доза элементарного железа в расчете на 1 кг массы тела в сутки составляет:

- 1) 4-5 мг
- 2) 1-2 мг
- 3) 10-15 мг

30. По характеру регенерации костного мозга анемия при гемолитической болезни новорожденных относится:

- 1) к гиперрегенераторной
- 2) к гипорегенераторной

31. Основными диагностическими показателями для гемолитической болезни новорождённых по резус- или групповой несовместимости являются:

- 1) сывороточное железо
- 2) ферменты АСТ, АЛТ.
- 3) протромбин
- 4) гематокрит
- 5) билирубин и его фракции

32. Дрепаноцитоз – это:

- 1.Талассемия
- 2.Серповидно-клеточная анемия
- 3.Врожденная гипопластическая анемия
- 4.Анемия Ледерера-Брилля

33. Утолщение костей черепа встречается при:

- 1.Серповидно-клеточной анемии

2. Врожденной гипопластической анемии
3. Талассемии
4. Анемии Блекфана-Даймонда

34. Продолжительность жизни эритроцитов при семейной микросфероцитарной анемии составляет:

1. 7-10 дней
2. 20-30 дней
3. 50-60 дней
4. 100-120 дней

35. Дополните: в европейской популяции среди наследственных гемолитических анемий наиболее часто встречается

36. Дополните: физиологическим уровнем сывороточного железа является (в ммоль/л)

37. Первичным источником образования лейкозных клеток является:

1. Лимфатические узлы
2. Костный мозг
3. ЦНС
4. Лимфоидные органы

38. Острые и хронические лейкозы отличаются друг от друга:

1. Длительностью заболевания
2. Степенью дифференцировки опухолевых клеток
3. Остротой клинических проявлений

39. Костномозговая ремиссия острого лейкоза подтверждается при наличии в костном мозге:

1. Менее 30% бластов
2. Менее 5% бластов
3. Отсутствием бластов

40. При экстрамедуллярном рецидиве острого лейкоза поражаются:

1. ЦНС
2. Лимфатические узлы
3. Яички
4. Печень
5. Костный мозг

41. Субстратом опухоли при хроническом лейкозе являются:

1. Зрелые клетки
2. Незрелые клетки

42. Тип гемолиза при наследственном сфероцитозе:

1. Внутриклеточный
2. Внутрисосудистый

43. Наиболее характерными признаками внутриклеточного гемолиза являются:

1. Повышение прямого билирубина + желтуха
2. Повышение прямого билирубина + свободный гемоглобин
3. Повышение непрямого билирубина + желтуха
4. Повышение непрямого билирубина + свободный гемоглобин

44. Наиболее значимыми признаками гемолиза являются:

1. Анемия + ретикулоцитоз
2. Анемия + ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина
3. Повышение цветового показателя

45. Характерными проявлениями талассемии являются:

- 1) Лихорадка
- 2) Анемический синдром
- 3) Желтуха
- 4) Увеличение селезенки
- 5) Увеличение печени
- 6) Снижение цветового показателя
- 7) «Мишеневидная» форма эритроцитов

46. Признаком внутрисосудистого гемолиза является:

- 9) Повышение непрямого билирубина
- 10) Ретикулоцитоз
- 11) Повышение цветового показателя
- 12) Повышение свободного гемоглобина плазмы

47. Для гемолитико-уремического синдрома характерно:

- 1) Геморрагический синдром
- 2) Возраст детей старше 7 лет
- 3) Предшествующая кишечная или вирусная инфекция
- 4) Тромбоцитопения
- 5) Анемия
- 6) Острая почечная недостаточность
- 7) Неврологическая симптоматика

48. Клиническая картина приобретенной апластической анемии складывается из:

- 1) Геморрагического синдрома
- 2) Гепатоспленомегалии
- 3) Анемического синдрома
- 4) Болей в костях
- 5) Склонности к инфекциям

49. Причиной В12-дефицитной анемии чаще является:

- 1) Кровопотеря
- 2) Глистная инвазия
- 3) Нарушение секреции внутреннего фактора Кастла или нарушение всасывания
- 4) Недостаточное поступление витамина В12 с пищей

50. В12-дефицитная анемия характеризуется:

- 1) Гиперхромной анемией
- 2) Микроцитарной анемией
- 3) Мегалобластным типом кроветворения
- 4) Снижением числа ретикулоцитов
- 5) Повышением сывороточного железа

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Тип наследования гемофилии "А":

- 1) рецессивный, не сцепленный с полом
- 2) рецессивный, сцепленный с полом
- 3) доминантный, не сцепленный с полом
- 4) доминантный, сцепленный с полом

2. Тип кровоточивости при гемофилии:

- 1) петехиально-пятнистый
- 2) гематомный
- 3) смешанный
- 4) васкулитно-пурпурный

3. Тактика врача при возникновении гемартроза у больного гемофилией:

- 1) иммобилизация конечности на 3 - 5 дней
- 2) иммобилизация конечности на 2 недели
- 3) тепло на сустав
- 4) пункция сустава с аспирацией крови

4. Характерные симптомы для тромбоцитопенической пурпуры:

- 1) носовые кровотечения
- 2) экхимозы
- 3) маточные кровотечения
- 4) увеличение длительности кровотечения
- 5) гемартрозы
- 6) гематомы

5. Для кожных геморрагических высыпаний при тромбоцитопенической пурпуре характерно:

- 1) полиморфность
- 2) полихромность
- 3) спонтанность возникновения
- 4) безболезненность
- 5) симметричность расположений
- 6) излюбленность локализации

6. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите изменяется в сторону:

- 1) гипокоагуляции
- 2) гиперкоагуляции
- 3) не меняется

7. При геморрагическом васкулите в клинической картине выделяют синдромы:

- 1) кожно-геморрагический
- 2) суставной
- 3) гепато-лиенальный
- 4) абдоминальный
- 5) почечный

8. Поражение суставов при геморрагическом васкулите последующей деформацией:

- 1) сопровождается
- 2) не сопровождается

9. Через какой промежуток времени после травмы возникают кровотечения у больных гемофилией?

- 1) Сразу же

- 2) Через 5-10 минут
 - 3) Через несколько часов
 - 4) На следующие сутки
10. При гемофилии А в крови снижен уровень фактора свертывания:
- 1) Девятого
 - 2) Одиннадцатого
 - 3) Десятого
 - 4) Восьмого
11. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:
- 1) Времени свертываемости
 - 2) Времени кровотечения
 - 3) И того, и другого
 - 4) Ни того, ни другого
12. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:
- 1) Патологией сосудистой стенки
 - 2) Дефицитом плазменных факторов свертывания
 - 3) Нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
13. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тип кровоточивости:
- 1) Гематомный
 - 2) Васкулитно-пурпурный
 - 3) Петехиально-пятнистый
 - 4) Смешанный
 - 5) Ангиоматозный
14. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:
- 1) Недостаточным образованием тромбоцитов
 - 2) Повышенным разрушением тромбоцитов
 - 3) Перераспределением тромбоцитов
15. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в миелограмме характерно:
- 1) Стимуляция мегакариоцитарного ростка
 - 2) Угнетение мегакариоцитарного ростка
 - 3) Нормальное число мегакариоцитов
16. Лечение геморрагического синдрома при тромбоцитопенической пурпуре проводят:
- 1) Переливанием тромбоконцентрата
 - 2) Переливанием недостающих факторов свертывания
 - 3) Дициноном
 - 4) Викасолом
 - 5) Гепарином
 - 6) Преднизолоном
 - 7) Антиагрегантами
 - 8) Препаратами интерферона альфа
17. Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите связан с:
- 1) Тромбоцитопенией
 - 2) Дефицитом факторов свертывания
 - 3) Патологией сосудистой стенки

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

18. Основным звеном патогенеза при геморрагическом васкулите является повреждение сосудистой стенки:

- 1) Вирусами
- 2) Микротромбами
- 3) Бактериальными токсинами
- 4) Иммунными комплексами

19. В общем анализе крови у больного с геморрагическим васкулитом выявляются следующие изменения:

- 1) Анемия
- 2) Тромбоцитопения
- 3) Нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) Ускорение СОЭ
- 5) Гипертромбоцитоз

20. Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите характерно:

- 1) Наличие зуда
- 2) Наличие излюбленной локализации
- 3) Склонность элементов к слиянию
- 4) Несимметричность высыпаний
- 5) Наличие петехий
- 6) Носовые кровотечения

21. Препараты, применяющиеся для лечения геморрагического васкулита:

- 1) Дицинон
- 2) Антигистаминные препараты
- 3) Гепарин
- 4) Антиагреганты
- 5) Факторы свертывания крови
- 6) Тромбоконцентрат

22. При гемофилии показатель времени кровотечения:

- 1) Удлиняется
- 2) Не меняется
- 3) Укорачивается

23. При гемофилии отмечают изменения:

- 1) Во внешнем механизме свертывания
- 2) Во внутреннем механизме свертывания

24. При гемофилии в коагулограмме характерно изменение тестов:

- 1) Аутокоагуляционный тест
- 2) Тромбопластиновое время
- 3) Увеличение АЧТВ
- 4) Тромбиновое время

25. Геморрагический диатез, протекающий с нефритом:

- 1) Болезнь Верльгофа
- 2) Гемофилия А
- 3) Анафилактическая пурпура
- 4) Болезнь Виллебранда

26. Патогенез геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите обусловлен:

- 1) тромбоцитопенией
- 2) снижением прокоагулянтной активности факторов свертывания
- 3) микротромбозами капилляров
- 4) периваскулярными некрозами
- 5) гемолизом эритроцитов

27. Поражение суставов без последующей деформации характерно для:

- 1) гемофилия
- 2) геморрагический васкулит
- 3) тромбоцитопеническая пурпура
- 4) тромбастения Гланцмана

28. Для лечения геморрагического васкулита используются препараты:

- 1) антигистаминные
- 2) индометацин
- 3) дицинон
- 4) аминокaproновая кислота
- 5) антиагреганты
- 6) гепарин

29. Какие из перечисленных признаков характерны для больных гемофилией?

- 1) петехии
- 2) пятна/папулы
- 3) гематомы
- 4) экхимозы

30. Препараты, которые используются для оказания помощи при кровотечении больных гемофилией:

- 1) криопреципитат
- 2) этамзилат натрия
- 3) антигемофильная плазма
- 4) аминокaproновая кислота

31. Особенности геморрагических высыпаний при тромбоцитопенической пурпуре у детей:

- 1) симметричность
- 2) полиморфность
- 3) полихромность
- 4) излюбленная локализация
- 5) склонность к некротизированию
- 6) ассиметричность
- 7) спонтанность возникновения

32. Длительность кровотечения при тромбоцитопенической пурпуре:

- 1) менее 2 минут
- 2) 2 – 5 минут
- 3) более 5 минут

33. Эндотелиальные пробы (щипка, жгута, молоточка) положительные при:

- 1) гемофилии
- 2) тромбоцитопенической пурпуре
- 3) геморрагическом васкулите
- 4) тромбастения Гланцмана

34. Наиболее информативными исследованиями для подтверждения диагноза тромбоцитопенической пурпуры являются:

- 1) стерильная пункция
- 2) анализ крови с определением количества тромбоцитов
- 3) определение времени кровотечения
- 4) определение времени свертывания
- 5) определение активированного частичного тромбопластинового времени
- 6) МНО

35. Полихромность и полиморфность кровоизлияний на коже характерны для:

- 1) Гемофилии В
- 2) геморрагического васкулита
- 3) тромбоцитопенической пурпуры

36. Особенности наследования гемофилии:

- 1) Болеют только мальчики
- 2) Болеют преимущественно девочки
- 3) Наследуется по отцовской линии
- 4) Наследуется по материнской линии
- 5) Проявляется в каждом поколении
- 6) Проявляется через поколение
- 7) Связано с аутосомами
- 8) Связано с X-хромосомой
- 9) Связано с Y-хромосомой

НЕОНАТОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:

- 1) 22-37 недель
- 2) 28-37 недель
- 3) 36-40 недель
- 4) 38-42 недели
- 5) 42 недель и более

2. Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет:

- 1) 5-8%
- 2) 10-12%
- 3) более 12%

3. Принципами терапии новорожденных с задержкой внутриутробного развития являются:

- 1) коррекция сердечной деятельности
- 2) коррекция грудного вскармливания
- 3) антибактериальная терапия
- 4) инсулинотерапия

4. Вакцинация новорожденного в родильном доме против гепатита В должна проводиться:

- 1) в первые 12 часов жизни
- 2) на 2 день жизни
- 3) на 3 день жизни
- 4) на 4 день жизни
- 5) при выписке из родильного дома

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

5. Причины физиологической желтухи:

- 1) гемолиз
- 2) снижение активности глюкуронилтрансферазы и гипоальбуминемия
- 3) снижение активности глюкуронилтрансферазы
- 4) снижение активности глюкуронилтрансферазы, гипоальбуминемия, гемолиз

6. Маточно-плацентарный кровоток в условиях хронической внутриутробной гипоксии:

- 1) замедляется
- 2) ускоряется

7. При атрезии желчевыводящих путей гипербилирубинемия связана с повышением содержания:

- 1) прямого билирубина
- 2) непрямого билирубина

8. Какие из ниже перечисленных ответных реакций будут выявлены, если у новорожденного ребенка имеется защитный рефлекс?

- 1) Зажмуривание
- 2) Покашливание
- 3) Сосательные движения
- 4) Поворот головы в сторону
- 5) Беспокойство, плач

9. Новорожденного ребенка берут подмышки со стороны спины, поддерживая указательными пальцами голову. Какие безусловные рефлексы проверяют таким образом?

- 1) Моро
- 2) Галанта
- 3) Защитный
- 4) Опоры

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА

1. 3
2. 2
3. 1
4. 3
5. 3
6. 1
7. 2
8. 1
9. 2
10. 1
11. 1
12. 3
13. 1
14. 1,3
15. 1,3,4,5
16. 2
17. 5

18. 2
19. 1
20. 1
21. 2
22. 1
23. 3,5,6
24. 1,2,3,6
25. 1,4
26. 1,3,4
27. 2,4,5
28. 1
29. 4
30. 4
31. 2,4,6
32. 2,4,5
33. 2,3,4
34. 3
35. 1,2,3,4
36. 1,2,4,6
37. 4
38. 1
39. 2
40. 3
41. 1
42. 2,3,5,6
43. 4
44. 3
45. 1,3,5
46. 4-2-1-3-5
47. 1,2
48. 2,4,5
49. 4
50. 3,5
51. 1,3,4
52. 1,2,4,5
53. 3,4,5

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

1. гемотрофный, амниотрофный, лактотрофный
2. 1
3. 1
4. маммогенез, лактогенез, галактогенез, автоматизм
5. 4
6. 1-б, 2-а
7. 3
8. Разведения
9. 4
10. 2
11. 4
12. 4
13. Прикорм
14. 1,2,3,4
15. Гипогалактия
16. 4
17. 2,3,4

18. 4
19. 2
20. 1-б, 2-в, 3-г
21. Свободный
22. 1,2,3
23. 1
24. 2
25. 1,2,4
26. 1,2,3
27. 1,2,3
28. 2,3,4
29. 2,4
30. 1
31. 2,3
32. 3,4,5,6
33. 3,4,5
34. 2,3,5
35. 2,3,5
36. 2
37. 2,3,4,5
38. 3
39. 3,4
40. 1
41. 2,3,5
42. 4
43. 4
44. 4
45. 1
46. Докорм
47. 4
48. 1
49. 4
50. 2
51. 1
52. 5
53. 1,2,5,6
54. 2
55. 3
56. 1,2,4,5
57. 3
58. 1,3,4,5
59. 1,2,4
60. 2
61. 1,3,4
62. 1,3,4
63. 2
64. 1,2,5
65. 3
66. 1,4,5
67. 1
68. 4
69. 3
70. 4
71. 1

72. 1,2,4,5

73. 3,5,6

РАХИТ

1. 2)

2. 3), 4), 5)

3. 1), 2), 3), 5), 6)

4. 2)

5. 2), 3), 4), 5), 7)

6. 1)-б, 2)-в, 3)-д

7. 1)

8. 1), 2), 3)

9. 2)

10. 1), 2)

11. 1)

12. 4)

13. 3)

14. 1), 2), 4)

15. 1), 2), 3)

16. 2-1-6-3

17. краниотабес

18. 1), 2), 3)

19. начального

20. 3:1-4:1

21. 1), 2), 3)

22. 1-в, 2-а

23. 2), 3), 4)

24. 2)

25. кальция

26. 2)

27. 1), 3)

28. 1), 2), 3)

29. 5), 6), 7)

30. 2)

31. 1), 2), 3), 5)

32. кальция

33. 3)

34. 1)

35. 2)

36. 3)

37. 2)

38. 1), 3), 4), 5)

39. 3)

40. 2)

41. 3)

42. 1)

43. 1)

44. 1)

45. 3)

46. 2), 4)

47. 1)

48. 2)

49. 2), 4)

50. 1), 3), 5)

АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ (ДИАТЕЗЫ). ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ

1. 2), 3), 4)
2. 5)
3. 1-в, 2-д, 3-е
4. 2)
5. 3-2-4-1
6. лимфатико-гипопластический
7. 3)
8. 1), 2), 3)
9. 1), 2), 3)
10. 4)
11. 2), 3), 4), 5)
12. 2)
13. 2), 3), 4)
14. 1), 2), 3), 5)
15. 1)
16. 5)
17. 2), 3), 4)
18. 3)
19. 1), 2), 4)
20. 2)
21. 4)
22. 1)
23. 2)
24. 1), 2), 4)
25. 1)
26. 1)
27. 2)
28. 1)
29. 2), 3), 5), 6)
30. 1), 4), 5), 6)
31. 2), 4)
32. 2), 3)
33. 1)
34. 1)

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. 1), 2), 4), 6)
2. 2)
3. 1), 3)
4. 1)
5. 1)
6. 4)
7. 4)
8. 1)
9. 2)
10. 1)
11. 2), 4), 5), 8), 9)
12. 2), 4), 5), 6), 7)
13. 2)
14. 1-б, 2-д, 3-е
15. 3), 5), 7)
16. 1), 2)

- 17. 3)
- 18. 1), 3)
- 19. 1), 3)
- 20. 1)
- 21. 1), 3), 4), 5)
- 22. 3), 4), 5)
- 23. 1), 2), 4), 5)
- 24. 1), 2), 3)
- 25. 3)
- 26. 2)
- 27. 3)
- 28. 1), 3), 4)
- 29. 2), 3)
- 30. 1), 2), 5)
- 31. 4)
- 32. 1)
- 33. 1), 2), 5), 6)
- 34. 1)
- 35. 1)
- 36. 2)

СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. РЕВМАТИЗМ

- 1. 2)
- 2. 3) поражение серозных оболочек
- 3. 2), 4)
- 4. 3), 4)
- 5. 2), 4), 5)
- 6. 1), 3)
- 7. 1), 4)
- 8. 1-в, 2-а, 3-г
- 9. 1), 2)
- 10. 1), 3), 4), 6), 7)
- 11. 3) нарушение координации движений
4) нарушение психо-эмоциональной сферы
- 12. 1), 4), 5), 6)
- 13. 3)
- 14. 2)
- 15. 1)
- 16. 1)
- 17. 1), 2), 3)
- 18. 1), 2), 3), 4)
- 19. 1)
- 20. 1), 2), 3)
- 21. 1), 2), 3), 4), 5)
- 22. 5)
- 23. 2)
- 24. 4)
- 25. 6)
- 26. 2)
- 27. 2)
- 28. 1-б, 2-г, 3-д
- 29. 2), 3), 4)
- 30. 1), 2), 3), 4)
- 31. 4)

- 32. 2)
- 33. 5)
- 34. 4)
- 35. 2)
- 36. 5)
- 37. артроз
- 38. 4)
- 39. 4)
- 40. 3)
- 41. 2)
- 42. 2)
- 43. 1), 3), 4)
- 44. 1), 2), 4)
- 45. 3)
- 46. 1), 3), 4)
- 47. 1), 2), 4)
- 48. 1)
- 49. 2)
- 50. 1), 2), 4)
- 51. 1)
- 52. 2)
- 53. 1), 3), 4)
- 54. 1)
- 55. 4)
- 56. 4)

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- 1. 4)
- 2. Бронхогенный
- 3. 1), 2), 4), 6), 7), 8)
- 4. 1), 2), 3), 4), 6), 7), 8)
- 5. 1), 2), 4), 5)
- 6. 1), 2), 3), 4)
- 7.
 - 5) хронические расстройства питания, рахит, анемия, диатезы
 - 6) искусственное вскармливание
 - 7) неблагоприятные экологические факторы
 - 8) частые предшествующие заболевания органов дыхания
- 8. 1), 2), 4), 5), 6), 8), 9)
- 9. 1), 2), 5)
- 10. метапневмоническими
- 11. 1), 3), 4), 5), 6), 7)
- 12. 1-4-3-2
- 13. 2), 4), 5), 6)
- 14. 2)
- 15. 4-3-1-2-5
- 16.
 - 3) септическая фаза
 - 4) фаза репарации
 - 5) фаза реконвалесценции (остаточных явлений)
- 17. 1-б, 2-в
- 18. 1)
- 19. 2)
- 20. 1)
- 21. 1), 2), 3), 4), 6), 7)
- 22. 1), 2), 4), 5)

- 23. 3)
- 24. 4) коррекция гомеостаза
 - 5) восстановление микроциркуляции
- 25. 5)
- 26. 1), 3), 5)
- 27. 1)
- 28. 6-8 недель
- 29. 1)
- 30. 8 недель
- 31. 1), 2)
- 32. 1)
- 33. 2), 3), 4), 6)
- 34. 2)
- 35. 1), 2), 4), 5)
- 36. 1), 2), 4)
- 37. 2), 3), 5)
- 38. 2), 3), 5)
- 39. 4)
- 40. 2), 4), 5), 6), 8)
- 41. 2)
- 42. 1)
- 43. 1), 3)
- 44. 4), 5)
- 45. 1), 3), 4), 5)
- 46. 1), 2), 3), 4), 5), 7)
- 47. 4)
- 48. 2)
- 49. 2)
- 50. 2), 3), 5), 7), 9)
- 51. 6 часов
- 52. 1), 4), 5)
- 53. 2), 4), 6), 7)
- 54. 5)
- 55. 1), 3), 6)
- 56. 4-3-1-2-5
- 57. 2)
- 58. 3-2-1
- 59. 1), 4)
- 60. 2)
- 61. 1), 2), 4)
- 62. 1), 4)
- 63. 3)
- 64. 1), 3)
- 65. 1), 3)
- 66. 2), 4), 5), 7), 8)
- 67. 1), 2), 4), 5)
- 68. 1), 2)
- 69. 1), 2), 3)
- 70. 2), 3), 5)
- 71. 1), 2), 3)
- 72. 1), 2), 5), 6)
- 73. 1), 2), 3)
- 74. 2), 3), 5)
- 75. 3), 6)

- 76. 3), 4)
- 77. 3), 4)
- 78. 1), 3), 5)
- 79. 1), 3), 4)
- 80. 1), 3), 4)
- 81. 2)

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

- 1. 3), 4), 5), 6), 7), 10)
- 2. 1)
- 3. 2), 3)
- 4. 3)
- 5. 3) с изолированным мочевым синдромом
- 4) с нефротическим синдромом, гипертензией и гематурией
- 6. 1), 3), 4), 5)
- 7. 2)
- 8. 2), 3), 4), 5), 7)
- 9. 1)
- 10. 1)
- 11. 1)
- 12. 1)
- 13. 1)
- 14. 2)
- 15. 1), 3), 4)
- 16. 2)
- 17. 2)
- 18. 3)
- 19. 1), 3), 4)
- 20. 5)
- 21. 3)
- 22. 1), 3), 4)
- 23. 3)
- 24. 3)
- 25. 1), 2), 4)
- 26. 1), 2), 4)
- 27. 2)
- 28. 2)
- 29. 3)
- 30. 1), 4)
- 31. 1), 2)
- 32. 1), 2), 3), 4)
- 33. 3), 4)
- 34. 3), 4), 5)
- 35. 2)
- 36. 3), 6)
- 37. 2)
- 38. 2)
- 39. 4)
- 40. 2)
- 41. 3)
- 42. 1)
- 43. 2)

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- 1. 2), 3), 4), 5)

2. гипогликемической

3. 2), 3), 4)

4. 1)

5. 2), 3), 4)

6. 4)

7. 2)

8. 1), 3), 4)

9. 3)

10. 1), 2), 4)

11. 1), 3), 4)

12. 4)

13. 3)

14. 2)

15. 1), 4)

16. 3)

17. 3)

18. 1)

19. 4)

20. 3)

21. 1)

22. 1), 2), 4)

23. 2)

24. 4)

25. 3)

26. 4)

27. 5)

28. 1)

29. 2)

30. 1), 2), 3), 4)

31. 3)

32. 2)

33. 1)

34. 1)

35. 2)

36. 1), 2), 4)

37. 4)

38. 1)

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

1. 4)

2. 1) 24 дня

2) сыпь

3) затылочных лимфоузлов

3. 4)

4. 1), 4), 5)

5. 2)

6. 1), 2), 6), 7)

7. 4)

8. 1), 3), 4)

9. 2), 5), 6)

10. 3)

11. 1)

12. 2)

13. 1-б, 2-в, 3-г

- 14. 1), 4)
- 15. 1)
- 16. 1), 2), 4), 5)
- 17. 3)
- 18. 1), 2), 4)
- 19. 4)
- 20. 1), 3), 4), 6)
- 21. 1), 2), 4)
- 22. 1), 4), 5), 6)
- 23. 1), 2), 3), 4)
- 24. 3)
- 25. 3)
- 26. 1)
- 27. 1)
- 28. 1)
- 29. 1)
- 30. 2)
- 31. 3), 4)

Диагностика и терапия некоторых неотложных состояний в педиатрии.

- 1. – 2
- 2. – 1, 2, 4, 5
- 3. – 1
- 4. – 3, 4
- 5. – 3
- 6. – 4
- 7. – 1, 2, 3
- 8. – 3
- 9. – 1
- 10. – 2
- 11. – 2
- 12. – 3
- 13. – 1, 2, 5
- 14. – 3
- 15. – 1, 6
- 16. – 1, 5
- 17. – 2, 4, 5
- 18. – 2
- 19. – 2, 3, 4
- 20. – 1, 2, 3
- 21. – 3, 5, 6
- 22. – 2
- 23. – 3
- 24. – 2
- 25. – 2
- 26. – 2
- 27. – 2
- 28. – 1, 4
- 29. – 3
- 30. – 2
- 31. – 2, 3
- 32. – 1, 2, 4
- 33. – 1, 2, 4

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. 1)
2. 1), 2), 3), 4)
3. 2), 3), 5)
4. 3)
5. 1)
6. 2), 3), 4)
7. 1-б, 2-г, 3-е
8. 3)
9. 4)
10. 1)
11. 1), 2), 3)
12. 2)
13. 2)
14. 2)
15. 3)
16. 1)
17. 2)
18. 1)
19. 1), 2), 3)
20. 1)
21. 3)
22. 1)
23. 2)
24. 5)
25. 5)
26. 4)
27. 3)
28. 3), 4)
29. 3), 4)
30. 1)

БОЛЕЗНИ КРОВИ

1. 2)
2. 2-3-4-1
3. 1), 2), 3)
4. 3), 4), 6)
5. 3)
6. 1), 2), 3), 4), 6)
7. 1)
8. 2)
9. 4)
10. 1), 2)
11. 3)
12. 1), 2), 4), 5)
13. 1)
14. 2)
15. 1), 3), 4)
16. 4)
17. 3)
18. 1), 3)
19. 2)
20. 1), 2)
21. 1), 2), 3), 4)

- 22. 1), 3), 5)
- 23. 3)
- 24. 4)
- 25. 2)
- 26. 1), 2)
- 27. 1), 3), 4)
- 28. 1), 2), 4), 5)
- 29. 1)
- 30. 1)
- 31. 5)
- 32. 2)
- 33. 3)
- 34. 1)
- 35. анемия Минковского-Шоффара
- 36. 13,5-30 ммоль/л
- 37. 2)
- 38. 2)
- 39. 2)
- 40. 1), 3)
- 41. 1)
- 42. 1)
- 43. 3)
- 44. 2)
- 45. 2), 3), 4), 6), 7)
- 46. 4)
- 47. 1), 3), 4), 5), 6)
- 48. 1), 3), 5)
- 49. 3)
- 50. 1), 3)

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ

- 1. 2)
- 2. 2)
- 3. 1), 4)
- 4. 1), 2), 3), 4)
- 5. 1), 2), 3), 4)
- 6. 2)
- 7. 1), 2), 4), 5)
- 8. 2)
- 9. 3)
- 10. 4)
- 11. 2)
- 12. 3)
- 13. 3)
- 14. 2)
- 15. 1)
- 16. 3), 6), 8)
- 17. 3)
- 18. 4)
- 19. 3), 4)
- 20. 1), 2), 3)
- 21. 2), 3), 4)
- 22. 2)
- 23. 2)

- 24. 1), 3)
- 25. 3)
- 26. 3)
- 27. 2)
- 28. 1), 2), 5), 6)
- 29. 3)
- 30. 1), 3)
- 31. 2), 3), 6), 7)
- 32. 3)
- 33. 2)
- 34. 1), 2), 3)
- 35. 3)
- 36. 1), 4), 6), 8)

НЕОНАТОЛОГИЯ

- 1. 4)
- 2. 1)
- 3. 2)
- 4. 1)
- 5. 3)
- 6. 2)
- 7. 1)
- 8. 4)
- 9. 4)

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача 1. На амбулаторном приёме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.

При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°C, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились

клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришел в сознание и уснул.

В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - $7,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид — 0,180.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?
4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.

Ответ.

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.

2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребёнок стал получать 2000 МЕд витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция).

Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребёнка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребёнка поздно встала на диспансерный учёт), профилактически витамин Д ребёнок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краёв родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щёлочной фосфотазы).

3. На фоне судорожного синдрома:

- в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг;
- ингаляции увлажнённого кислорода.

После окончания приступа судорог:

- в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы;
- Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг;
- госпитализация.

4. Включить в меню: кисломолочные продукты (творог 50 г, кефир 150 г); продукты, имеющие щелочные валентности (овощные пюре); желток. Уменьшить в рационе объём злаковых продуктов и исключить манную крупу.

Задача 2. Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.

Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца

хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом дереве 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см.

При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание – повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC – 4,6x10¹²/л, HGB – 118 г/л, MCV – 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8x10⁹/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр. Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Дайте рекомендации.
4. Составьте план наблюдения этого ребенка.

Ответ.

1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощенности, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощенности. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, легкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту.

2. Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приемом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов.

Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии.

3. Рекомендации:

- а) режим 5;
- б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером.

Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребенка;

- в) регулярное закаливание ребенка;
- г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5),
- д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.

4. План наблюдения на год:

а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов;

б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока;

в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет;

г) профилактика ОРВИ.

Задача 3. Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние среднетяжелое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, синдром Менделя положительный, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: RBC – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hgb – 128 г/л, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 г/л, WBC – $6,9 \times 10^9/л$, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 5 мм/ч.

В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на *H. pylori* отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.

Ответ. Основной диагноз: «хронический антральный гастрит, период обострения». Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A). Перегиб желчного пузыря в области тела, дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типам. Основной диагноз поставлен с учётом данных семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца, что может указывать на возможную персистенцию хеликобактерной инфекции в семье), жалоб ребёнка на боли в животе, имеющих характерный для гастрита болевой синдром, локализацию болей – пилорoduоденальная область, наличие небольшого мышечного дефанса и (+) симптома Менделя, что свидетельствует о глубоком локальном поражении слизистой оболочки. Хронический антральный гастрит – на основании наличия болевого синдрома, данных ФЭГДС. Учитывая наличие на ФЭГДС множественных разнокалиберных выбуханий требуется исключение хеликобактерной инфекции.

Недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A) – по данным ФЭГДС. Перегиб желчного пузыря в области тела по данным УЗИ.

2. Перегиб в области дна и увеличение размеров желчного пузыря, что указывает на снижение его сократительной способности наряду с увеличением размеров и изменением эхоструктуры головки и хвоста поджелудочной железы. Метод УЗИ эффективен для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

3. В общем анализе крови и мочи – отклонений нет, в биохимии крови – верхние границы нормы щёлочной фосфатазы и билирубина.

4. В условиях поликлиники режим охранительный, стол с учётом принципов химического, термического и механического щажения. Показаны антацидные препараты и прокинетики.

Задача 4. Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4 лет.

Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение амоксициллина 1,5 месяца назад.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела 39,0°C. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании.

В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту.

Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны.

От госпитализации родители ребёнка отказались.

Вопросы:

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать?
3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому.
4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий.
5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.

Ответ.

1. Внебольничная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, ДН I? Предполагаемый диагноз выставлен на основании характерных клинических данных:

- жалоб на повышение температуры тела до 39° С, появление сухого, навязчивого кашля, головной боли, боли в мышцах, отсутствие аппетита;

- данных анамнеза: за последние 6 месяцев посещения детского сада часто болеет острыми респираторными инфекциями (1 раз в месяц), из них дважды бронхит. В лечении применялись антибиотики;

- данных общего осмотра: фебрильная лихорадка, сероватый колорит кожного покрова с умеренным периоральным цианозом, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, тахипноэ с ЧД – 36 в минуту.

- физикальных данных: укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки, выслушивание при аускультации резко ослабленного дыхания справа в подлопаточной области и крепитирующих хрипов.

2. Необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости в прямой и боковой проекции, а также лабораторное исследование - общий анализ крови.

Следует ожидать наличие участков затемнения в проекции поражённых участков правого лёгкого на рентгенограмме органов грудной полости.

В общем анализе крови следует ожидать ускорение СОЭ, наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, возможно снижение уровня гемоглобина.

3. Необходимо зафиксировать данные ребёнка в журнале приёма больных и отказов в госпитализации (форма 001-у) детской поликлиники; заполнить медицинскую карту стационарного больного (форма 003-у); лист врачебных назначений.

Медицинская сестра педиатрического участка получает медикаменты у главной медицинской сестры согласно листу врачебных назначений и выдает их под расписку родителям ребёнка, выполняет назначения врача-педиатра.

Врач-педиатр ежедневно проводит осмотр пациента на дому до выздоровления. Затем оформляется статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у) и листок учёта движения больных и коечного фонда стационара (форма 007-у).

4. Постельный режим на период фебрильной лихорадки и выраженной интоксикации. Далее домашний режим по возрастной схеме до выздоровления

Питьевой режим – обильное тёплое питьё.

Диета возрастная.

Жаропонижающий препарат при повышении температуры тела выше 38,5° С.

Возможно назначение Парацетамола в форме таблеток или суппозиториев. В качестве альтернативного жаропонижающего средства возможно назначение Ибупрофена.

5. Этиотропное антибактериальное лечение: учитывая характеристики возбудителя внебольничной неосложненной пневмонии, следует назначить препарат из группы β лактамов Амоксициллин, также необходимо учесть данные анамнеза ребёнка – использование ранее в лечении ОРВИ антибиотиков, и назначить защищённую форму Амоксициллина.

Задача 5. Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Нb – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

Ответ.

1. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз «железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести» поставлен на основании данных анамнеза (беременность на фоне анемии, гестоза), раннего искусственного вскармливания, использования неадаптированных молочных продуктов, отсутствия в рационе ребёнка мясных продуктов, овощей, яичного желтка, творога; данных объективного осмотра (бледность кожных покровов и слизистых оболочек), лабораторных данных (снижения уровня гемоглобина и эритроцитов, МСН, гипохромии, анизоцитоза, пойкилоцитоза). 1 степень тяжести обусловлена снижением гемоглобина до 95 г/л.

3. Определение:

- концентрации сывороточного железа – СЖ;
- общей железосвязывающей способности сыворотки – ОЖСС;
- коэффициента насыщения трансферрина железом – НТЖ;
- концентрации сывороточного ферритина – СФ.

4. Мясо, рыбу, творог, овощи, промышленно приготовленные каши, обогащённые железом.

5. 5 мг/кг в течение не менее 3 мес.

Задача 6. Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль.

Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°C, вызвали врача.

При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.

Ответ.

1. Внебольничная острая очаговая пневмония нижней доли справа, средней тяжести, неосложненная, ДН 0 степени.

2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

Началу заболевания предшествовал случай общего переохлаждения организма. Острое начало. Температура тела 38,0 °С и выше в течение 3 дней. Кашель. Локальные симптомы со стороны лёгких: укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания под углом правой лопатки.

Признаки дыхательной недостаточности отсутствуют: частота дыхания 28 в минуту (соответствует возрасту с учётом лихорадки), соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания составляет 3,75, нет цианоза, нет проявления затруднённого дыхания (раздувание крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, западение уступчивых мест грудной клетки).

Нетяжёлая пневмония: нет проявлений тяжёлой интоксикации (нарушения сознания, отказ от пищи и питья), нет дыхательной недостаточности, нет клинических проявлений осложнений.

Лекарственный анамнез: непереносимости лекарственных препаратов нет, антибиотиками в последний год не лечился.

3. Организация медицинской помощи в амбулаторных условиях. Показаний для госпитализации по клиническим (возраст ребёнка старше 6 месяцев, нетяжёлая, неосложнённая пневмония, нет признаков дыхательной недостаточности, нет тяжёлой сопутствующей патологии), эпидемиологическим и социальным показаниям нет.

4. Рентгенологическое обследование: инфильтративные изменения в лёгких.

В клиническом анализе крови: признаки активной бактериальной инфекции (нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево $>15 \times 10^9$ клеток/л, ускоренная СОЭ).

В биохимическом анализе крови: СРБ >60 мг/л, ПКТ >2 нг/л.

5. Амоксициллин внутрь (отдавать предпочтение диспергируемой лекарственной форме), 40-60 мг/кг/сутки в 3 приёма независимо от приёма пищи (каждые 8 часов), курс 5-7 дней (отменить через 2-3 дня стойкой нормализации температуры тела).

Задача 7. Ребёнок 1 год 3 месяца. Мама вызвала врача-педиатра участкового в связи с жалобами на повышение температуры до 38,5°С (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести, самочувствие нарушено (капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно на руках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по задней стенке глотки стекает слизь. Втяжение межрёберных промежутков на вдохе. Перкуторно над лёгкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жёсткое, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы, удлинённый выдох. Число дыханий 48-52 в 1 минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 128 ударов в 1 минуту. Живот доступен пальпации, печень + 2 см из-под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. О поражении какой системы идёт речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы?
3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста?
4. Какое дыхание выслушивается над лёгкими у здорового ребёнка данного возраста?
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обуславливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

Ответ.

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, расстройство дыхания (экспираторная одышка), изменение перкуторных данных, наличие хрипов.

2. Синдром бронхиальной обструкции – одышка экспираторная (удлинённый, затруднённый выдох, втяжение межреберий на вдохе) коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы.

3. В формировании синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста ведущими механизмами являются отёк слизистой и гиперсекреция.

4. Дыхание пуэрильное – дыхательный шум более громкий и продолжительный в течение обеих фаз дыхания.

5. Короткое расстояние от голосовой щели до места аускультации из-за малых размеров грудной клетки, что приводит частичному выслушиванию шумов гортани.

Узкий просвет бронхов.

Задача 8. Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Мenses нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития МаЗР2Ах2МеЗ, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

Ответ.

1. Предположительный диагноз «анемия железодефицитная, средней степени тяжести».

2. Развитию заболевания способствовали: алиментарный фактор (низкий социальный статус семьи, нерегулярное питание); частые респираторные инфекции; нарушения менструального цикла в виде нерегулярных, длительных и обильных месячных.

3. Диагноз выставлен на основании типичной клинической картины (жалобы на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение; анамнестические данные: с 12 лет нерегулярные, обильные, продолжительные месячные, несбалансированное питание, снижение иммунологической резистентности, успеваемости в школе, эмоциональные расстройства в виде раздражительности и апатичности; объективные данные: бледность и сухость кожи, тусклость и ломкость волос, исчерченность, слоистость ногтей – эпителиальный синдром, тахикардия, мягкий

систолический шум как проявление тканевого дефицита железа) и картины периферической крови (гипохромная анемия, выраженный пойкилоцитоз, анизоцитоз).

Степень тяжести анемии на основании выраженности снижения гемоглобина – 80 г/л.

4. 1. Полноценное питание, соответствующее возрастным потребностям с обязательным включением в рацион мяса красных сортов, обогащение рациона свежими овощами и фруктами, соками.

2. Назначение препаратов железа (солевые препараты в дозе 120 мг/сутки или препараты гидроксид полимальтозного комплекса в дозе 5 мг/кг/сутки) до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л), затем в половинной дозе еще 2 – 3 месяца для создания депо железа.

5. Девочке следует назначить препарат железа III перорально в суточной терапевтической дозе 5-6 мг/ кг массы тела.

Продолжительность терапии 4-5 месяцев. Через 4 недели после начала лечения повторный общий анализ крови с ретикулоцитами.

Задача 9. Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка.
4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

Ответ.

1. Энтеробиоз. В пользу данного диагноза говорят жалобы – снижение аппетита, раздражительность ребёнка, беспокойный сон, зуд в области ануса.

2. Острицы – класс нематод (круглые черви), самка 9-12 мм и самец, 3-5 мм, живут в нижнем отделе тонкого и в толстом кишечнике. Самка после оплодотворения откладывает яйца на перианальных складках, что сопровождается зудом, созревание яиц происходит на воздухе в течение 6-8 часов. Заражение происходит контактно-бытовым путём, возможно повторное самозаражение (ребёнок берет руки в рот).

3. Гигиенический уход: ежедневно менять нательное и постельное белье с последующим кипячением и проглаживанием горячим утюгом; подмывать ребёнка утром и вечером; мыть руки перед едой и после посещения туалета; коротко стричь ногти; в комнате проводить влажную уборку ежедневно, проветривать.

Лечить противопаразитарными препаратами – Мебендазол (Вермокс), Албендазол (Немозол), Пирантел.

4. Анализ кала на яйца глист, соскоб на яйца остриц с перианальных складок.

5. Привитие детям навыков гигиены с раннего возраста. Следует коротко остригать ребёнку ногти; приучать мыть руки после туалета, перед едой, после прогулки; утром и вечером подмывать ребёнка; ежедневно менять нательное бельё; запрещать сосать пальцы и грызть ногти.

Профилактическому обследованию на энтеробиоз подлежат дети, посещающие дошкольные общеобразовательные учреждения (ДОУ); младшие школьники; пациенты детских стационаров; дети, посещающие плавательные бассейны и другие категории.

Задача 10. Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.) Ребёнок

болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

Ответ.

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжёлой степени, неконтролируемая, постприступный период.

2. Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом.

Частота текущих консультаций при тяжёлом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год.

Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаинс).

Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребёнка на КЭК.

Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребёнком лекарственных препаратов.

Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитограммы и цитологии мокроты.

Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии.

Вакцинация детей с тяжёлой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии, иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки.

Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы.

Рекомендации и определение адекватной переносимой физической нагрузки, возможно, совместно с врачом ЛФК.

Обучение пациентов самостоятельному контролю заболевания.

Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолёгочного профиля 1-2 раза в год.

Исключение сопутствующей патологии, которая может утяжелять заболевание: консультации по показаниям врача-пульмонолога, ЛОР-врача, врача-фтизиатра, врача-невролога, врача-гастроэнтеролога.

3. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую.

Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, цитрусовых, мёда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника.

ЛФК.

Респираторная терапия (дыхательные тренажёры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж).

Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год.

Иглорефлексотерапия.

Физиотерапия (лазеротерапия, магнитотерапия, спелеотерапия).

Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолёгочного профиля.

Психотерапия.

Ведения «дневника самоконтроля».

Образовательные программы (астма-школы).

4. Бронходилатирующим действием обладают следующие препараты: β_2 -адреномиметики, холинолитики и прямые спазмолитики. К β_2 -адреномиметикам относят Сальбутамол, Фенотерол, Трбуталин. При применении β_2 -адреномиметиков возможно появление побочных эффектов в виде тахикардии, тремора, повышенная возбудимость, нарушение сна. К холинолитикам, которые применяются при бронхиальной обструкции, относят Ипратропия бромид (Атровент). При применении холинолитиков возможно появление следующих побочных реакций: тошнота, сухость во рту, кожная сыпь. К прямым спазмолитикам, ингибирующие фосфодиэстеразу гладкой мускулатуры, относят Эуфиллин. Побочные действия при использовании Эуфиллина могут быть тошнота, рвота, тахикардия, снижение артериального давления, тремор.

5. В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные игкс (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид + Формотерол, способ доставки турбухалер). При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).

Задача 11. Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги.

Обследование:

ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено.

Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчатка внеклеточно.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия?

Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ.

1. Синдром раздражённой кишки с запорами (СРК).
2. Диагноз «СРК» поставлен на основании жалоб больного на запоры, вздутие живота, иногда боли, купирующиеся после дефекации, а также наличия в анамнезе кишечной инфекции.
3. Пациенту рекомендовано:
 - кал на скрытую кровь,
 - консультация врача хирурга-проктолога для исключения органической природы запора (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, при необходимости колоноскопия, иригография),
 - консультация врача-эндокринолога (для исключения патологии щитовидной железы – гипотиреоза),
 - консультация врача-невролога (для исключения вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу по результатам кардиоинтервалографии, глазного дна и осмотра).
4. Для нормализации тонуса гладкой мускулатуры кишечной трубки:
 - прокинетики;
 - Для формирования консистенции каловых масс:
 - препараты лактулозы (Макрогола) с подбором дозы до достижения результата.
5. Рекомендовано питание с обогащением пищевыми волокнами (овощи, фрукты), приём пищи 5 раз в день, достаточный приём жидкости (до 1,5 л) в день, закрепление рефлекса на дефекацию в одно и то же время, достаточный сон, ЛФК с упражнениями, повышающими мышечный тонус мышц брюшной стенки и тазового дна.

Задача 12. Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°C, общей слабости. Со слов мамы, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.

Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипяченое коровье и козье молоко.

Объективный статус: масса - 19 кг, рост - 125 см. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты – 11%, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллезным диагностикумом - 1/400.

Бактериологический посев крови: отрицательный результат.

Бактериологические посева кала: на дизгруппу и сальмонеллы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Бруцеллёз, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «бруцеллёз» установлен на основании жалоб больного на болезненность и припухлость левого коленного сустава, лихорадку до 39 °С, общую слабость, анамнеза заболевания: острое начало с синдрома интоксикации и ангины, эпидемиологического анамнеза: употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко, данных лабораторных исследований: в ОАК – умеренная гипохромная анемия, СОЭ – 38 мм/час, реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++, РПГА с бруцеллёзным диагностикумом 1/400. Острая форма – так как давность заболевания не более 3 месяцев, ведущие синдромы – интоксикация, болевой синдром в костно-мышечной системе, увеличение СОЭ.

3. 1. Антибиотикотерапия: схема из 2 препаратов – фторхинолоны, цефалоспорины на 10–15 дней.

2. Противовоспалительная терапия НПВС.

3. Гастропротекторы на время приёма противовоспалительных препаратов.

4. 1. Профилактика пищевых заражений: употребление термически обработанных молочных продуктов (при температуре 70 °С в течение 30 минут).

2. Охранение водоемиков от загрязнения, употребление только кипячёной воды.

3. Специфическая профилактика – вакцинация при наличии эпизоотических показаний детям с 7 лет.

5. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного. Госпитализация или изоляция больного. Изоляция контактных: не проводится. Текущая дезинфекция: уничтожаются продукты питания животного происхождения, заподозренные в передаче. Заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Лица, соприкасавшиеся с больными животными, подлежат клинико-лабораторному обследованию (реакция Райта, Хеддельсона), которое повторяют через 3 месяца. Выписка больных проводится после клинического выздоровления. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

Задача 13. Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°С. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.

Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, эритроциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты – $180\ 000$; СОЭ – 5 мм/ч.

Время свёртывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.

Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели – РСК - 1/164.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Грипп В. Типичный. Тяжёлой степени тяжести. Геморрагический синдром.
2. Диагноз «грипп В» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39 °С), катарального синдрома (кашель, насморк) с присоединением геморрагического синдрома (носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния); данных эпидемиологического анамнеза – в детском саду массовые заболевания гриппом; на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, замедлено время свёртывания крови; в РСК методом парных сывороток – нарастание титра антител к вирусу гриппа в 5 раз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации, наличие геморрагического синдрома.

3. Госпитализация в инфекционную больницу.

Обильное тёплое питьё.

Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая.

Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умифеновир 100 мг 4 раза в сутки 5 дней.

Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Витамин С 100 мг 2 раза в сутки.

Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.).

При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом 4–6 часов).

Лечение геморрагического синдрома:

- 1) Свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно.
- 2) Аминокапроновая кислота.
- 3) Этамзилат.

4. Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческого нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно.

Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально).

5. 1). Госпитализация:

По клиническим показаниям: все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами; дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дома ребёнка).

2). Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

3). Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъёма заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.).

4). Допуск в коллектив: по выздоровлению.

Задача 14. Девочка 9 лет, со слов мамы, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер.

Объективный статус.

При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объёме, печень + 3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка + 2,0 см. Печень плотная, край закруглён.

Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +.

Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отриц., жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, щелочная фосфатаза – 38,4 Ед/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0 мл, тимоловая проба – 14 ед., АЛАТ – 128 Ед/л, АсАТ 200 Ед/л.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBsAg класса IgG и IgM, анти HCV.

УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

Хронический гепатит В, обострение, гепатит С. Гипохромная анемия.

2. Диагноз «гепатит» поставлен на основании астено-вегетативного, болевого, желтушного, гепатолиенального синдромов; лабораторно: наличие желчных пигментов в моче, в кале – отсутствие стеркобилина, жирные кислоты +++, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, повышение активности Алт и Аст в 3 раза, снижение сулемовой пробы, повышением тимоловой пробы. Хронический – на основании объективных данных: наличия телеангиоэктазий, печень плотная, край закруглён. Лабораторно – выявлены маркеры обострения хронического гепатита В (HBsAg, анти HBsAg IgM и IgG) и антитела к HCV. Обнаружение антител к вирусу гепатита С требует уточнения активности процесса, необходимо определить РНК HCV.

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.

2. Щадящая диета для пищеварительного тракта с исключением экстраактивных веществ. Обильное тёплое питьё.

3. Этиотропное лечение препаратами интерферонового ряда.

4. Симптоматическая терапия.

4. Специфическая профилактика осуществляется генно-инженерной вакциной. Вакцинацию начинают в роддоме (1 сутки), R1 – 1 месяц, R2 – 6 месяцев. Дети, рождённые от HBsAg-позитивных матерей, вакцинируются по схеме 0-1-2-12 и подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром по месту жительства в течение года с обязательным исследованием крови на HbsAg в возрасте 2, 3, 6 и 12 месяцев, активность АЛАТ в 3 и 6 месяцев. Снятие с учёта – при наличии 5 отрицательных анализов крови на HbsAg. Профилактика гепатита С – только неспецифическая.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного. Госпитализация больного. Изоляция контактных – не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: осуществляется медицинский осмотр (для уточнения источника инфицирования) и наблюдение за контактными в течение 6 месяцев.

Задача 15. Ребёнок М. 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов мамы, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребенка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.

Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднён вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.

Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $33,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 66%, моноциты - 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к *Bordetella pertussis*.

Р-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Коклюш. Типичный. Период спазматического кашля. Средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «коклюш» поставлен на основании данных анамнеза – постепенное начало заболевания с катарального синдрома с усилением кашля, который стал носить приступообразный характер преимущественно в ночные часы, а также с учётом результатов анализов – в ОАК – гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, методом ИФА IgM АТ к возбудителю коклюша, на рентгенограмме – повышенная воздушность лёгочной ткани и усиление лёгочного рисунка.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.

2. Обильное тёплое питьё.

3. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – макролиды и защищённые аминопенициллины.

4. Патогенетическая терапия: в периоде приступообразного кашля – препараты, подавляющие кашель (Синекод, Тусупрекс, Либексин), вплоть до кодеинсодержащих. В периоде появления мокроты – муколитики, отхаркивающие препараты.

4. Специфическая профилактика проводится вакциной АКДС (возможно Пентаксим и Инфанрикс) в 3, 4, 5 и 6 месяцев жизни с последующей ревакцинацией в 18 месяцев.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация. По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, среднетяжёлые и тяжёлые формы коклюша. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: дети первых 7 лет, контактировавшие с больным, подлежат изоляции на 14 дней; на группу ДДУ накладывается карантин на 14 дней. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат. Мероприятия в очаге инфекции: текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Осуществляется влажная уборка, проветривание и кварцевание помещений. Мероприятия в отношении контактных лиц: контактировавшие с больным дети и

взрослые обследуются на коклюш бактериологически двухкратно с интервалом в 1–2 дня. Дети с упорным кашлем (в течение 5–7 дней) изолируются на дому и обследуются в поликлинике (двухкратно). Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее, чем через 25 дней от начала заболевания. Если кашель прекратился раньше, то ребёнка можно принять в ДДУ при наличии двух отрицательных бак. анализов на коклюш. Бактерионосителей коклюшной палочки изолируют и допускают в коллектив при наличии двух отрицательных бак. анализов, но не ранее, чем через 14 дней после первичного выделения возбудителя.

Задача 16. У ребёнка 6 лет, со слов мамы, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель.

Анамнез: ребёнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°C и появились катаральные явления: насморк, кашель, которые ежедневно нарастали; кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое; развился конъюнктивит.

При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого нёба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях - розовая сыпь пятнисто-папулёзного характера.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%; СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Корь. Типичная. Средней степени тяжести.
2. Диагноз «корь» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,5 °C), катарального синдрома (кашель, насморк), сохраняющихся в течение 4–5 дней, с присоединением явлений конъюнктивита, синдрома экзантемы (пятнисто-папулёзные высыпания на лице и в заушных областях и туловище); на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации и экзантемы.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.
2. Обильное тёплое питьё.
3. Молочно-растительная диета.
4. Симптоматическая терапия: дезинтоксикация, антигистаминные и антипиретические препараты, сосудосуживающие капли в нос при необходимости.
5. Глазные капли – Офтальмоферон.

4. Специфическая профилактика: осуществляется живой коревой вакциной в 12 месяцев и 6 лет. Постэкспозиционная профилактика: детей, старше 12 месяцев, не болевших и не привитых ранее, немедленно (не позднее 5 дней от момента контакта) привить. Детям в возрасте от 3 до 12 месяцев вводят человеческий иммуноглобулин (3 мл – 2 дозы).

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщению и медицинскому наблюдению подлежат дети дошкольного возраста, не болевшие и не вакцинированные против кори, в течение 17 дней; дети, получавшие по контакту Иммуноглобулин, в течение 21 дня. На ДДУ накладывается карантин на 21 день с момента изоляции больного. Контактные дети не переводятся в другие группы. В детские учреждения можно принимать детей, переболевших корью и привитых. Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: не ранее 5 дня с момента появления сыпи при гладком течении заболевания, при осложнённых формах – через 10 дней.

Задача 17. Ребёнок 5 лет поступил с жалобами, со слов мамы, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле.

Анамнез: болен 2-й день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отёчность век.

При осмотре: температура 38,9°C, в зева разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налётов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В легких: аускультативно – жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме.

Результаты анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен аденовирус.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Аденовирусная инфекция. Типичная. Средней степени тяжести.

2. Диагноз «аденовирусная инфекция» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,9 °C), катарального синдрома (заложенность носа, боли в горле), синдрома лимфаденопатии (пальпируются подчелюстные и шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные, не спаяны); данных вирусологического обследования. На основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфо- и моноцитоз; Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, катарального и лимфаденопатии.

3. 1. Обильное тёплое питьё.
2. Молочно-растительная диета.
3. Глазные капли – Офтальмоферрон.
4. Местно – полоскание зева антисептиками.

5. Симптоматическая терапия по показаниям – сосудосуживающие капли в нос, при повышении температуры выше 38,5 °С – антипиретики.

4. Специфическая профилактика не разработана.

5. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Карантин не накладывается. Условия выписки: по выздоровлению.

Задача 18. Ребёнок 4-х лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°С. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Объективные данные: масса - 16 кг, рост - 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее. Печень + 5 см. Селезёнка + 3 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, лимфоциты - 57%, моноциты - 11%, СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1019, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет.

Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек.

Кровь на ИФА: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Инфекционный мононуклеоз. Типичный. Средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «инфекционный мононуклеоз» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С), лимфопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины (в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты), затруднение носового дыхания; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%; подтверждением диагноза является обнаружение антител класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии. Отрицательный мазок из зева на ВЛ исключает диагноз дифтерии зева.

3. 1). Госпитализация по показаниям в боксированное отделение.
- 2). Постельный режим.
- 3). Обильное тёплое питьё.

4). Термически и механически щадящая диета.
5). Противовирусная терапия.
6). С учётом присоединения бактериальной инфекции (при бак. исследовании мазка из ротоглотки – кокковая флора в виде цепочек) показано назначение антибиотикотерапии (за исключением препаратов ампициллинового ряда).

7). Симптоматическая терапия – по показаниям антипиретики, сосудосуживающие препараты и местная обработка полости рта антисептиками.

4. Специфическая профилактика не разработана.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: по клиническим показаниям:

1. Все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами.

2. Дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребёнка).

Изоляция контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается.

Условия выписки: сроки выписки из стационара и восстановление трудоспособности, а у детей – посещение ДДУ и школы, определяются клиническими показаниями (нормализация температуры тела, исчезновение налётов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезёнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара.

Допуск в коллектив: по выздоровлению.

Задача 19. Ребёнок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°C.

Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – $3,63 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,75; гематокрит – 41%, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – O111.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Энтеропатогенный эшерихиоз (бактериологически подтверждённый ЭПКП – O111), типичный, средней тяжести. Острый гастроэнтерит. Гипохромная анемия I степени тяжести.

2. Диагноз «энтеропатогенный эшерихиоз» поставлен на основании жалоб и данных анамнеза: постепенное начало заболевания с кишечного синдрома (водянистый стул, брызжущий, с неперевавшими частицами пищи), интоксикации (повышение температуры до 39 °С), результатов анализов: в ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево, в копрограмме: амило- и стеаторея, при бактериологическом исследовании кала: выделена ЭПКП – O111. Критериями степени тяжести является выраженность кишечного синдрома и интоксикации. Гипохромная анемия I ст. на основании показателей анализа крови – гемоглобин – 96 г/л, ЦП – 0,75.

3. 1). Госпитализация в инфекционную больницу.

2). Оральная регидратация.

3). Дробное питание с уменьшением суточного количества пищи на 20% в остром периоде с исключением фруктов и овощей.

4). Этиотропное лечение: цефалоспорины II–III поколения внутримышечно.

5). Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию.

6). Энтеросорбенты: Диоктаэдрический смектит по 1/3 пакета 3 раза в сутки.

7). Ферменты: Панкреатин (Креон) 10 тыс. ЕД по 1/3 капсулы 3 раза во время еды.

8). При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов). 7. Биопрепараты (бифидум-, лактобактерии).

4. Специфическая и неспецифическая профилактика – не регламентирована. Постэкспозиционная профилактика: детям, подвергшимся риску заражения в очаге, а также лицам, посещающим неблагополучные по эшерихиозу регионы, может быть проведён курс антибиотикотерапии.

5. 1). Информация в Роспотребнадзор (эпидотдел) – экстренное извещение в течение 12 часов после выявления больного.

2). Госпитализация. По клиническим показаниям: все тяжёлые и среднетяжёлые формы у детей до года, с отягощённым преморбидным фоном; острый эшерихиоз у резко ослабленных и отягощённых сопутствующими заболеваниями лиц.

По эпидемиологическим показаниям: невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.

3). Мероприятия в отношении контактных лиц: за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 7 дней. Контактные дети обследуются 3-кратно бактериологически. Изоляция контактных – не проводится. Карантин не накладывается.

4). Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

5). Допуск в коллектив – с тремя отрицательными бак. посевами на эшерихиоз.

Задача 20. Ребёнок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°С. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь.

Анамнез: мама ребёнка неделю назад перенесла ангину.

При осмотре: температура 38,5°С. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отёчное, «пылающие» щёки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях - розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная гиперемия зева. На небных миндалинах, в лакунах беловато-жёлтый налёт с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налётом с рельефно выступающими,

набухшими сосочками. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет.

Стрептотест - положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенесших такое заболевание?
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ.

1. Скарлатина, типичная форма.
2. Диагноз «скарлатина» поставлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с синдрома интоксикации, присоединения синдрома ангины (на миндалинах определяется налёт беловато-жёлтого цвета с двух сторон) и экзантемы (розовая мелкоочечная сыпь на гиперемизированном фоне на лице, шее, боковых поверхностях туловища, конечностях, с концентрацией в естественных складках), характерных изменений языка (обложенный, сосочковый на 1 сутки заболевания), данных эпидемиологического анамнеза: мама ребёнка неделю назад перенесла ангину, а также результатов анализов: положительный результат экспресс-анализа на стрептококк.

3. 1). Постельный режим на период лихорадки.
- 2). Термически, химически, механически щадящая диета по возрасту.
- 3). Обильное дробное, тёплое питьё.
- 4). Этиотропное лечение: Феноксиметилпенициллин 50 мг/кг/сутки в 4 приёма или макролиды – Азитромицин 10 мг/кг или цефалоспорины 1 поколения – Цефалексин 50 мг/кг/сут в 2 приёма. Курс – 10 дней.

- 5). Десенсибилизирующие препараты.
- 6). Местно – орошение зева антисептическими растворами.
- 7). При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом не менее 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом не менее 4 часов).

4. Ранние осложнения скарлатины: лимфаденит, отит, синусит, мастоидит и др. Инфекционно-аллергические: гломерулонефрит, артрит, острая ревматическая лихорадка, миокардит.

Диспансеризация осуществляется в течение 1 месяца после клинического выздоровления. Через 7–10 дней после выписки проводят клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, по показаниям – ЭКГ. Повторное обследование проводится через 3 недели. При отсутствии осложнений – снятие с учёта.

5. 1). Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел): извещение не позднее 12 часов после выявления больного.

- 2). Изоляция больного на 10 дней от начала заболевания.
- 3). Госпитализация. По клиническим показаниям: среднетяжёлые и тяжёлые формы заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

- 4). Мероприятия в отношении контактных лиц: в группе ДДУ устанавливается карантин на 7 дней (не принимают новых детей, не переводят детей из группы в группу) контактные дети, не болевшие скарлатиной, посещающие ДДУ и первые два класса школы, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней с момента изоляции больного.

- 5). Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится, текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с применением дезинфекционных средств, разрешённых в

установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению. Запрещается проведение профилактических прививок на время карантина. Весь персонал осматривается с целью выявления других форм стрептококковой инфекции.

б). Допуск в коллектив: не ранее, чем через 22 дня от начала заболевания.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Шкала оценивания тестовых заданий

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются

последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации 8, 9 семестр — Зачет.

Задание состоит из 2 практико-ориентированных задач.

Время на подготовку: 15 минут.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приемами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учетом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учетом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
----------	------------	-----------------------------------	---

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

Форма промежуточной аттестации 10 семестр - Экзамен.

Оценка «*отлично*» выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка «*хорошо*» выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «*удовлетворительно*» выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка «*неудовлетворительно*» выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49