

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПЕДИАТРИЯ

название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.19 Педиатрия

Форма обучения: очная

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является обязательным приложением к рабочей программе дисциплины и обеспечивает проверку освоения планируемых результатов обучения (компетенций и их индикаторов) посредством мероприятий текущей и промежуточной аттестации по дисциплине.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений и навыков предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- контроль и оценка степени освоения компетенций предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данной дисциплины.

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения ОП ординатуры обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

<i>Коды компетенций</i>	<i>Результаты освоения ООП Содержание компетенций*</i>	<i>Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине**</i>
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1 знать: знать о методах критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 уметь: уметь критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 владеть: владеть методами критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4 знать: знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 уметь: уметь проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 владеть: владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.</p>
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его	<p>ОПК-5 знать: знать о методах лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях,</p>

	эффективность и безопасность	контроля его эффективности и безопасности ОПК-5 уметь: уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность ОПК-5 владеть: владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7 знать: знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу; ОПК-7 уметь: уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу; ОПК-7 владеть: владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10 знать: знать методы оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 уметь: уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 владеть: владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
ПК-1	ПК-1 - проведение обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	ПК-1 знать: знать методы обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре; ПК-1 уметь:

		<p>уметь применять методы обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре ;</p> <p>ПК-1 владеть:</p> <p>владеть методами обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре;</p>
ПК-2	<p>ПК-2 - назначение лечения детям при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре</p>	<p>ПК-2 знать:</p> <p>знать методы лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре;</p> <p>ПК-2 уметь:</p> <p>уметь применять методы лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контролировать его эффективности и безопасность амбулаторно и в стационаре;</p> <p>ПК-2 владеть:</p> <p>владеть методами лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контролировать их эффективность и безопасность амбулаторно и в стационаре.</p>

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОП специалитета

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются знаниевые и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Студент воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;
- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе студент осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;
- **завершающий** этап – на этом этапе студент достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в

тематическом плане (см. РПД).

1.3. Связь между формируемыми компетенциями и формами контроля их освоения

<i>Коды компетенций</i>	<i>Результаты освоения ООП Содержание компетенций*</i>	<i>Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине**</i>
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1 знать: знать о методах критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 уметь: уметь критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 владеть: владеть методами критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4 знать: знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 уметь: уметь проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 владеть: владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.</p>
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5 знать: знать о методах лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля его эффективности и

		<p>безопасности</p> <p>ОПК-5 уметь:</p> <p>уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-5 владеть:</p> <p>владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.</p>
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>ОПК-7 знать:</p> <p>знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 уметь:</p> <p>уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 владеть:</p> <p>владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;</p>
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	<p>ОПК-10 знать:</p> <p>знать методы оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p> <p>ОПК-10 уметь:</p> <p>уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p> <p>ОПК-10 владеть:</p> <p>владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p>
ПК-1	ПК-1 - проведение обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	<p>ПК-1 знать:</p> <p>знать методы обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре;</p> <p>ПК-1 уметь:</p> <p>уметь применять методы обследования</p>

		детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре ; ПК-1 владеть: владеть методами обследования детей при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "педиатрия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре;
ПК-2	ПК-2 - назначение лечения детям при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	ПК-2 знать: знать методы лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре; ПК-2 уметь: уметь применять методы лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контролировать его эффективности и безопасность амбулаторно и в стационаре; ПК-2 владеть: владеть методами лечения детей при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контролировать их эффективность и безопасность амбулаторно и в стационаре.

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
Высокий Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами	Творческая деятельность	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить	90-100	A/ Отлично/ Зачтено

дисциплины		их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий		
Продвинутый <i>Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины</i>	Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими теоретические положения или обосновывать практику применения.	85-89	В/ Очень хорошо/ Зачтено
			75-84	С/ Хорошо/ Зачтено
Пороговый <i>Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне</i>	Репродуктивная деятельность	Студент демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый материал.	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно/ Зачтено
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Студент не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно/ Зачтено

Оценивание результатов обучения студентов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	<i>продвинутый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>продвинутый</i>
продвинутый	<i>пороговый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>пороговый</i>
	продвинутый	продвинутый
	<i>продвинутый</i>	<i>пороговый</i>
	<i>пороговый</i>	<i>продвинутый</i>
пороговый	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Рейтинговая оценка знаний является интегральным показателем качества теоретических и практических знаний и навыков студентов по дисциплине и складывается из оценок, полученных в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации.

Текущий контроль в семестре проводится с целью обеспечения своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы студентов.

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Текущий контроль осуществляется два раза в семестр: контрольная точка № 1 (КТ № 1) оценивается по итогам клинических практических заданий и контрольная точка № 2 (КТ № 2) по итогам самостоятельной работы и усвоения лекционного материала.

Результаты текущего контроля и промежуточной аттестации подводятся по шкале балльно-рейтинговой системы.

I, II, III семестр			
Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	решение задач по вскармливанию	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10

	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Написание академической истории болезни	0	15
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	10
	Реферат	0	5
Промежуточный	Экзамен	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100
IV семестр			
Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	решение рецептурных заданий	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	15
	Реферат	0	15
Промежуточный	Зачет с оценкой	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100

*-примечание: абсолютная величина суммарного балла по результатам применения оценочного средства рассчитывается по формуле «балл» = средняя оценка примененного оценочного средства по 100-балльной шкале умноженное на максимальное значение в баллах для данного средства разделенное на 100, при условии округления результата до целочисленного.

Система и критерии оценки знаний обучающихся соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Для контроля и оценивания качества знаний студентов применяются пятибалльная (русская), столбалльная и европейская (ECTS) системы оценки качества обучения студентов. Связь между указанными системами приведена в таблице.

Сумма баллов	Оценка по 4-х балльной шкале	Зачет	Оценка (ECTS)	Градация
90 - 100	5(отлично)	зачтено	A	отлично
85 - 89	4 (хорошо)		B	очень хорошо
75 - 84			C	хорошо
70 - 74			D	удовлетворительно

65 - 69	3(удовлетворительно)			
60 - 64			Е	посредственно
Ниже 60	2(неудовлетворительно)	не зачтено	Ф	неудовлетворительно

В итоговую сумму баллов входят результаты аттестации разделов дисциплины и итоговой формы аттестации (зачет/экзамен). Максимальный итоговый балл всегда равен 100.

Максимальный балл за экзамен (зачет) устанавливается в интервале от 0 до 40. Разделы дисциплины оцениваются по многобалльной шкале оценок в соответствии с утвержденной структурой дисциплины.

Студент считается аттестованным по разделу, зачету или экзамену, если он набрал не менее 60% от максимального балла, предусмотренного рабочей программой.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Вопросы к собеседованию (устному опросу)

Раздел 1. Патология детей раннего возраста.

Тема 1.1. Особенности новорожденного и уход за ним.

1. Механизмы адаптации новорожденного ребенка к внеутробной жизни.
2. Оценка состояния здоровья новорожденного.
3. Признаки доношенности.
4. Уход за новорожденным.
5. Вскармливания новорожденных.
6. Пограничные состояния новорожденных.
7. Патронаж новорожденных на дому.

Тема 1.2. Физическое и нервно-психическое развитие.

1. Возрастные особенности нарастания массы, длины и других параметров тела.
2. Семиотика нарушений прибавки массы тела.
3. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств у детей.
4. Развитие статических и психических функций.
5. Роль среды, воспитания и режима для правильного развития детей.
6. Оценка нервно-психического и физического развития детей.

Тема 1.3. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения. Естественное вскармливание.

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей, методика их исследования.
2. Семиотика основных поражений.
3. Вскармливание. Выявление преимуществ естественного вскармливания.
4. Меры по предупреждению гипогалактии и стимуляции лактации.
5. Рекомендации по сохранению лактации, режима питания и отдыха для матери.
6. Время и техника введения прикорма.
7. Режим и рациона питания грудного ребенка.

Тема 1.4. Смешанное и искусственное вскармливание детей первого года жизни.

1. Понятие о смешанном и искусственном вскармливании.
2. Принципы смешанного и искусственного вскармливания.
3. Характеристика молочных смесей, используемых для докорма и искусственного вскармливания.
4. Особенности введения прикорма при смешанном и искусственном вскармливании.

5. Расчет питания для детей разных возрастов, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании.

Тема 1.5. Хронические расстройства питания.

1. Типы хронического расстройства питания у детей.
2. Этиопатогенез, классификация хронических расстройств питания.
3. Гипотрофия I, II, III степени.
4. Гипостатура. Клиника, лечение.
5. Паратрофия. Клиника, диагностика, лечение.

Тема 1.6. Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей. Аномалии конституции и обмена веществ (диатезы) у детей.

1. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатических узлов у детей.
2. Методика исследования и оценка состояния кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатических узлов у детей.
3. Аномалии конституции: понятие, классификация.
4. Роль наследственных факторов в формировании диатезов.
5. Экссудативно-катаральный диатез.
6. Нервно-артритический диатез.
7. Лимфатоко-гипопластический диатез.
8. Диагностика, исходы различных форм диатеза.

Тема 1.7. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. Рахит.

1. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы, методика ее исследования, оценка состояния опорно-двигательного аппарата.
2. Семиотика основных поражений.
3. Рахит. Диагностика, клинические, биохимические, рентгенологические изменения, свойственные разным фазам рахита.
4. Дифференциальный диагноз с рахитоподобными заболеваниями.
5. Гипервитаминоз Д.
6. Неотложная помощь при гипокальциемических судорогах.
7. Дифференциальный диагноз с судорожными синдромами другой этиологии.

Тема 1.8. Анатомо-физиологические особенности крови и кроветворения у детей.

Железодефицитные анемии.

1. Особенности кроветворения у детей.
2. Нормативы периферической крови у детей различного возраста.
3. Семиотика основных изменений.
4. Дефицитные анемии. Клиническая картина, лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз с другими видами анемий.
5. Лечение и профилактика рецидивов заболевания.

Тема 1.9. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Бронхиты. Пневмонии.

1. Этиология, патогенез, особенности клиники, диагностики, терапевтической тактики при бронхитах.
2. Этиопатогенез, клинические проявления, принципы лечения острой пневмонии у детей.
3. Особенности этиологии, характера течения и тактики лечения заболевания у новорожденных, детей раннего и старшего возраста.
4. Дифференциальный диагноз бронхита и острой пневмонии у детей.
5. Клинические проявления острой дыхательной недостаточности. Меры неотложной помощи.

Тема 1.10. Организация работы детской поликлиники.

1. Поликлиника. Структура детской поликлиники.
2. Особенности проведения родовых патронажей к беременной женщине.
3. Патронаж к новорожденному ребенку.
4. Работа в кабинете здорового ребенка и на приеме грудных детей.

5. Принципы диспансеризации детей первого года жизни.
6. Группы риска новорожденных и детей раннего возраста, группы здоровья.
7. Основная медицинская документация.
- 8.

Раздел 2. Патология детей старшего возраста.

Тема 2.1. Бронхиальная астма и хронические бронхолегочные неспецифические заболевания у детей.

1. Этиология и патогенез бронхиальной астмы у детей.
2. Клиника и диагностика бронхиальной астмы.
3. Принципы лечения профилактика бронхиальной астмы у детей.
4. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы, лечения в межприступном периоде.
5. ХНЗЛ в детском возрасте, клинические формы.
6. Клиника и диагностика ХНЗЛ у детей.
7. Принципы лечения различных форм ХНЗЛ.

Тема 2.2. Острая ревматическая лихорадка и приобретенные пороки сердца у детей.

1. Этиология и патогенез острой ревматической лихорадки.
2. Особенности клинической картины и дифференциальный диагноз ревматизма у детей.
3. Выявление диагностических и дифференциально-диагностических критериев с использованием клинических, лабораторных, инструментальных данных.
4. Картина ЭКГ, ФКГ, УЗИ у больных с различной патологией.
5. Этапное лечение и профилактических.

Тема 2.3. ЮРА у детей.

1. Понятие о ЮРА у детей.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Классификация.
4. Клиническая картина и лабораторно-инструментальная диагностика.
5. Основные и дополнительные критерии.
6. Принципы лечения и профилактики.

Тема 2.4. Лейкозы у детей.

1. Современные представления об этиопатогенезе лейкозов.
2. Клиника, диагностика лейкозов, врачебная тактика при выявлении острого лейкоза.
3. Вопросы дифференциальной диагностики по ведущим клинико-лабораторным синдромам.
4. Определение степени тяжести, индивидуального прогноза.
5. Принципы диагностики и лечения.
6. Тактика купирования гипертермического синдрома у больных лейкозами.

Тема 2.5. Пиелонефрит у детей.

1. Этиология, патогенез, особенности клинических проявлений пиелонефрита у детей в зависимости от возраста.
2. Роль врожденной патологии (анатомических аномалий и пороков развития мочевыводящей системы, обменных нарушений), инфекционных и других агентов в формировании соответствующей патологии.
3. Диагностика пиелонефрита.
4. Функциональные почечные пробы.
5. Лечение пиелонефрита.
6. Диспансерное наблюдение.

Тема 2.6. Гломерулонефриты у детей.

1. Гломерулонефриты у детей, классификация.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Основные клинические проявления в зависимости от формы заболевания.
4. Диагностика и диффдиагностика.
5. Лечение в зависимости от формы.
6. Диспансерное наблюдение.

Тема 2.7. Заболевания желчевыделительной системы у детей.

1. Этиология, патогенез, клинические особенности холецистопатий в детском возрасте.
2. Методы ранней диагностики по клинико-лабораторным синдромам.
3. Возрастные особенности, значение характера питания, аномалий обмена, хронических очагов инфекции и других факторов в генезе заболевания.
4. Лечение и профилактика.
5. Диспансерное наблюдение.

Тема 2.8. Гастродуоденит и язвенная болезнь у детей. Гастродуоденит и язвенная болезнь у детей.

1. Современные представления об этиопатогенезе гастродуоденита и язвенной болезни у детей.
2. Роль хеликобактерной инфекции в развитии язвенной болезни.
3. Клиника и диагностика.
4. Лечение. Понятие о трио- и квадротерапии.
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.

Тема 2.9. Сахарный диабет у детей.

1. Этиология и патогенез СД у детей.
2. Диагностика типа сахарного диабета (согласно классификации ВОЗ).
3. Степени тяжести, состояния компенсации.
4. Современные принципы лечения.

Тема 2.10. Острые кишечные инфекции у детей (сальмонеллез, дизентерия, коли-инфекция). Кишечные токсикозы с эксикозом.

1. Этиология, патогенез кишечных инфекций у детей.
2. Особенности клиники у детей.
3. Диагностика, принципы лечения.
4. Профилактика, противоэпидемические мероприятия.
5. Синдромы обезвоживания и электролитных нарушений.
6. Диагностика, меры неотложной помощи в зависимости от типа дегидратации.

Тема 2.11. Острые респираторные вирусные инфекции.

1. Этиология ОРВИ в детском возрасте.
2. Особенности клинической картины в зависимости от возбудителя.
3. Лабораторная диагностика.
4. Лечение.
5. Синдром крупа как осложнение.
6. Меры неотложной помощи при крупе.

Тема 2.12. Менингококковая инфекция у детей.

1. Особенности клинических проявлений менингококковой инфекции у детей.
2. Дифференциальная диагностика серозных и гнойных менингитов.
3. Принципы лечения, меры неотложной помощи при синдроме Уотерхауза-Фридериксена.

Тема 2.13. Воздушно-капельные инфекции у детей.

1. Ветряная оспа.
2. Корь.
3. Краснуха.
4. Эпидпаротит.

Тема 2.14. Полиомиелит у детей.

1. Этиология и патогенез полиомиелита.
2. Клинические проявления.
3. Ранние диагностические критерии.
4. Принципы лечения.
5. Меры по предупреждению и своевременному лечению возможных осложнений
6. Профилактика специфическая и неспецифическая.

Тема 2.15. Дифтерия, скарлатина.

1. Этиология, патогенез.
2. Диагностические признаки при разных формах дифтерии.
3. Противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии с учетом свойств дифтерийных бактерий.
4. Лечение дифтерии.
5. Специфическая и неспецифическая профилактика.
6. Скарлатина. Клиника, диагностика, лечение.
7. Дифференциальный диагноз с корью, краснухой.
8. Предупреждение осложнений скарлатины.

Тема 2.16. Деформирующий остеоартроз.

1. Современные представления об этиологии острых и хронических гепатитов у детей.
2. Особенности клиники и течения в разных возрастных группах.
3. Принципы лечения, меры профилактики.
4. Исходы, осложнения хронических вирусных гепатитов.
5. Противоэпидемические мероприятия.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Педиатрия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой педиатрии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты

инструментального обследования больного.

4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Педиатрия».
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.2. Вопросы к тестированию по дисциплине

Вопросы для тестового контроля по теме:
«Особенности новорожденных и уход за ними»

Вариант 1

1. Новорожденным ребенок считается:

- а) с момента рождения до 3 месяцев жизни;
- б) с момента рождения до 36 нед. возраста;
- в) с момента рождения до 28 дневного возраста.
- г) с момента рождения до 3 нед. возраста
- д) с момента рождения до 2 нед. возраста

2. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

3. Доношенным новорожденным считается при наличии следующих признаков. кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) упругих хрящей ушных раковин и носа;
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 2

1. К недоношенному можно отнести ребенка, родившегося:

- а) на 38-40 неделе беременности;
- б) на 28-38 неделе беременности;
- в) больше 42 недель беременности.
- г) на 25-27 неделе беременности
- д) на 15-17 неделе беременности

2. Обработка кожи новорожденного проводится:

- а) 1-2 раза в неделю;
- б) ежедневно;
- в) через день.
- г) 2 раза в день
- д) через 2 дня

3. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

Вариант 3

1. Недоношенный ребенок имеет следующие отличительные признаки кроме:

- а) обильный первородный пушок (лануго);
- б) зияние половой щели у девочек;
- в) ногти доходят до кончиков пальцев;
- г) дряблая, морщинистая кожа
- д) хорошо развитый подкожно-жировой слой

2. Гигиенические ванны детям 1-го месяца жизни проводят:

- а) кипяченой водой с температурой 37-37,5⁰ С;
- б) кипяченой водой, имеющей температуру 28-30⁰ С;
- в) проточной водой при температуре 32-35⁰ С.
- г) проточной водой при температуре 30-32⁰ С.
- д) кипяченой водой, имеющей температуру 35-34⁰ С;

3. К пограничным состояниям новорожденного относят:

- а) физиологическую желтуху;
- б) родовую травму;
- в) половой криз;
- г) стигмы дизэмбриогенеза.
- д) гемолитическую болезнь новорожденного

Вариант 4

1. Переношенным новорожденным считается ребенок, имеющий:

- а) сухую, пергаментную кожу;
- б) ногти, достигающие до конца пальцев;
- в) зеленоватый цвет кожи;
- г) ногти на пальцах удлинены
- д) размягчение костей черепа.

2. Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.
- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

3. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;
- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

Вариант 5

1. Оценка каждого клинического признака по шкале Апгар проводится по:

- а) 10-бальной системе;
- б) 2-х бальной системе;
- в) 5-ти бальной системе;
- г) 3-х бальной системе
- д) 6-ти бальной системе

2. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;
- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

3. Для физиологической желтухи новорожденного характерно:

- а) длительность не более недели;
- б) появление через час после рождения;

- в) длительность около 1 месяца;
- г) транзиторная недостаточность глюкоронилтрансферазы;
- д) появление на 2-3 день после рождения

Вариант 6

1. К пограничным (транзиторным) состояниям новорожденных относят:

- а) гемолитическую болезнь;
- б) геморрагическую болезнь
- в) половой криз;
- г) физиологическую желтуху;
- д) родовую травму

2. Обработка кожи новорожденному проводится:

- а) 1-2 раза в неделю;
- б) ежедневно;
- в) через день.
- г) 2 раза в день
- д) через 2 дня

3. Новорожденным ребенок считается:

- а) с момента рождения до 3 месяцев жизни;
- б) с момента рождения до 36 нед. возраста;
- в) с момента рождения до 28 дневного возраста.
- г) с момента рождения до 3 нед. возраста
- д) с момента рождения до 2 нед. возраста

Вариант 7

1. Для физиологической желтухи новорожденного характерно:

- а) длительность не более недели;
- б) появление через час после рождения;
- в) длительность около 1 месяца;
- г) транзиторная недостаточность глюкоронилтрансферазы;
- д) появление на 2-3 день после рождения

2. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;
- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

3. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

Вариант 8

1. К пограничным состояниям новорожденного относят:

- а) физиологическую желтуху;
- б) родовую травму;
- в) половой криз;
- г) стигмы дизэмбриогенеза.
- д) гемолитическую болезнь новорожденного

2. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

3. К недоношенному можно отнести ребенка, родившегося:

- а) на 38-40 неделе беременности;
- б) на 28-38 неделе беременности;
- в) больше 42 недель беременности.
- г) на 25-27 неделе беременности
- д) на 15-17 неделе беременности

Вариант 9

1. Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

2. Доношенным новорожденным считается при наличии :

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) сухой, пергаментной кожи;
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

3.Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.
- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

Вариант 10

1.Доношенным новорожденный считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

2.Гигиенические ванны новорожденному проводят:

- а) спустя месяц после выписки из род. дома;
- б) после отпадения пуповинного остатка;
- в) на 2-3 сутки после рождения.
- г) на 1-2 сутки после рождения
- д) на 5-6 сутки после рождения

3.Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

Вариант 11

1.Транзиторная гипертермия появляется на:

- а) 1-2-й день жизни
- б) 3-5-й день жизни
- в) 5-6-й день жизни
- г) 7-8-й день жизни
- д) 10-й день жизни

2.Первичный патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 1-2 день после выписки из родильного дома
- б) 3-4 день после выписки из родильного дома
- в) 4-5 день после выписки из родильного дома
- г) 5-6 день после выписки из родильного дома
- д) через 2 недели после выписки из родильного дома

3. Доношенным новорожденным считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 12

1. К транзиторным изменениям кожи относятся:

- а) физиологический катар
- б) физиологическое шелушение
- в) родовая опухоль
- г) физиологическая желтуха
- д) везикулярная сыпь

2. Третий патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 10-12 день жизни
- б) 14-15 день жизни
- в) 20-21 день жизни
- г) 24-25 день жизни
- д) 28-29 день жизни

3. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

Вариант 13

1. Развитие транзиторной гипертермии связано с :

- а) обезвоживанием
- б) гипернатриемией
- в) гипокальциемией
- г) охлаждением
- д) гиперазотемией

2. Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.

- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

3. Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

Вариант 14

1. Особенности метаболической адаптации новорожденного к условиям внеутробной жизни являются, кроме:

- а) катаболическая направленность белкового обмена
- б) снижение уровня калия
- в) активирование гликогенолиза и липолиза
- г) тенденция к гипогликемии и гиперкетонемии
- д) гипербилирубинемия

2. Первичный патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 1-2 день после выписки из родильного дома
- б) 3-4 день после выписки из родильного дома
- в) 4-5 день после выписки из родильного дома
- г) 5-6 день после выписки из родильного дома
- д) через 2 недели после выписки из родильного дома

3. Доношенным новорожденный считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 15

1. Возникновение мочекишечного инфаркта обусловлено:

- а) распадом клеточных элементов
- б) повышением основного обмена
- в) сгущением крови
- г) низкой активностью глюкокортиколтрансферазы
- д) гипербилирубинемией

2. Переношенным новорожденным считается ребенок, имеющий:

- а) сухую, пергаментную кожу;

- б) ногти, достигающие до конца пальцев;
- в) зеленоватый цвет кожи;
- г) ногти на пальцах удлинены
- д) размягчение костей черепа.

3. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

Эталоны ответов к тестовому контролю по теме: Особенности новорожденных и уход за ними

	<i>Билет 1</i>	<i>Билет 5</i>	<i>Билет 9</i>
1-в; 2-в; 3-д	1-б, 2-б; 3-а,г;	1-в; 2-а,б,г; 3-а;	
	<i>Билет 2</i>	<i>Билет 6</i>	<i>Билет 10</i>
1-а; 2-б; 3-б	1-в,г; 2-б; 3-в;	1-б; 2-б; 3-в:	
	<i>Билет 3</i>	<i>Билет 7</i>	<i>Билет 11</i>
1-в,д; 2-а; 3-а,в	1-а,г; 2-в; 3-в;	1-б; 2-а; 3-д;	
	<i>Билет 4</i>	<i>Билет 8</i>	<i>Билет 12</i>
1-а,г; 2-а; 3-б	1-а,в; 2-б; 3-б;	1-а,б,в; 2-в; 3-в;	
Билет 13	Билет 14	Билет 15	
1-а,б; 2-а; 3-в;	1-б; 2-а; 3-д;	1-а,б,в; 2-а,г; 3-б;	

Тестовый контроль по теме: «Особенности нервной у детей. Физическое и нервно-психическое развитие детей»

Вариант 1.

1.Критериями оценки биологического возраста детей являются:

- а) пропорции тела
- б) число ядер окостенения
- в) показатели роста и массы
- г) вторичные половые признаки
- д) психо-моторное развитие

2.У детей первого года жизни индекс Чулицкой составляет:

- а) 20-25
- б) 15-20
- в) 10-15

- г) 5-8
- д) 30-40

3.Краниосиностоз это:

- а) раннее сращение лобных костей
- б) преждевременное зарастание черепных швов
- в) преждевременное зарастание венечных швов
- г) преждевременное зарастание малого родничка
- д) преждевременное зарастание большого родничка

Вариант 2.

1.Критериями оценки биологического возраста подростков являются:

- а) число ядер окостенения
- б) вторичные половые признаки
- в) умения и навыки
- г) психо-моторное развитие
- д) показатели роста и массы

2.Индекс Эрисмана это:

- а) разность между окружностью груди и ростом
- б) разность между окружностью груди и половиной роста
- в) частное от деления масс тела на длину тела
- г) частное от деления длины тела на массу тела
- д) разность между ростом и окружностью груди

3.Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов
- г) лепет
- д)гуление

Вариант 3

1.Период полового созревания характеризуется:

- а) снижением мышечной массы
- б) отставанием «костного» возраста от биологического
- в) неустойчивостью вегетативной регуляции
- г) развитием вторичных половых признаков
- д) ускорением темпов роста и прибавки массы

2.К микросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 8-9 баллов
- д) 19-20 баллов

3.К оральным сегментарным автоматизмам относят рефлексы:

- а) поисковый
- б) хоботковый
- в) Моро
- г) хватательный
- д) Бабинского

Вариант 4

1. Укажите сроки первого периода вытяжения (ускорения роста):

- а) 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
- б) 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- в) 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
- г) 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- д) 3-4 года у мальчиков и 5-6 лет у девочек

2. К мезосоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-17 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 7-8 баллов
- д) 3-4 балла

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 мес.:

- а) вздрагивает при резком звуке
- б) совершает ищущие повороты головы на звук
- в) хорошо удерживает голову в вертикальном положении
- г) прослеживает взором за движущимся предметом
- д) фиксирует взор на ярком предмете
- е) появляется улыбка при спокойном бодрствовании

Вариант 5

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

- а) 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
- б) 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- в) 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- г) 13-16 лет у мальчиков и 10-15 лет у девочек
- д) 5-6 у мальчиков и 7-8 у девочек

2. К макросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 18-24 баллов
- д) **5-6 баллов**

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

- а) лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья
- б) на общение отвечает "комплексом оживления"
- в) переворачивается с живота на спину

- г) гулит
- д) отличает мать и близких от чужих

Вариант 6

1.Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

- а) 45-47 см
- б) 47-49 см
- в) 50-53 см
- г) 53-55 см
- д) 55-56 см

2.За средние величины антропометрических данных по центильным таблицам принимают значения в интервалах:

- а) 25-75 центиля
- б) 3- 10 центиля
- в) 90-97 центиля
- г) 75-90 центиля
- д) **10-25 центилей**

3.Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 мес.:

- а) ест с ложки
- б) произносит отдельные слоги
- в) ползает
- г) узнает голос матери
- д) берет в руку игрушку, размахивает ею
- е) поворачивается со спины на живот и обратно

Вариант 7

1 Окружность головы доношенного ребенка при рождении составляет:

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

2.Индекс Тура для здоровых новорожденных детей составляет:

- а) **50-60**
- б) 40-50
- в) 40-55
- г) 20-30
- д) **15-20**

3.Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 мес.:

- а) самостоятельно ходит
- б) пьет из чашки самостоятельно
- в) встает и стоит с поддержкой
- г) знает 10-12 слов
- д) дает знакомый предмет по просьбе взрослого

Вариант 8

1.Окружность груди доношенного ребенка при рождении составляет:

- а) 36-38 см

б) 34-36 см

в) 32-34 см

г) 30-32 см

д) 28-30 см

2. Индекс Тура это:

а) разность между окружностью груди и ростом

б) разность между окружностью груди и половиной роста

в) частное от деления масс тела в граммах на длину тела в сантиметрах

г) разность между ростом и окружностью груди

д) частное от деления длины тела на массу тела

3. Средние сроки ползания ребенка первого года жизни:

а) 6 месяцев

б) 7 месяцев

в) 8 месяцев

г) 4 месяца

д) 10 месяцев

Вариант 9.

1. Индекс Тура используется для оценки физического развития:

а) новорожденных детей

б) детей раннего возраста

в) детей дошкольного школьного возраста

г) детей школьного возраста

д) подростков

2. При сроке гестации 30 недель масса плода составляет:

а) 2000 г

б) 1300г

в) 1000г

г) 1500 г

д) 1200 г

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 год:

а) самостоятельно ест из ложки

б) самостоятельно пьет из чашки

в) произносит 8-10 слов

г) приседает, наклоняется, перешагивает через препятствие

д) начинает ходить самостоятельно

Вариант 10.

1. Рост ребенка 1 года составляет:

а) 80 см

б) 75-76 см

в) 70 см

г) 90 см б

д) 95 см

2. Прибавка массы для ребенка первого месяца жизни составляет:

- а) 1000 г
- б) 600 г
- в) 800 г
- г) 400 г
- д) 700 г

3. Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов
- г) лепет
- д) гуление

Вариант 11.

1. Прибавка массы для ребенка второго и третьего месяца жизни составляет:

- а) 1000г
- б) 600 г
- в) 800 г
- г) 500 г
- д) 400 г

2. Удвоение длины тела ребенка наступает к:

- а) 12 годам
- б) 4 годам
- в) 6 годам
- г) 3 годам
- д) 8 годам

3. Средние сроки направленного движения рук у ребенка первого года жизни:

- а) 5 месяцев
- б) 4 месяца
- в) 2 месяца
- г) 6 месяцев
- д) 8 месяцев

Вариант 12.

1. Округлость головы у ребенка 5 лет составляет:

- а) 40 см
- б) 46-47 см
- в) 50-51 см
- г) 42-44 см
- д) 38-40 см

2. Рост ребенка 8 лет составляет:

- а) 130 см
- б) 100 см
- в) 90 см
- г) 150 см
- д) 120 см

3.«Сенсорная речь» - это:

- а) произнесение отдельных слов
- б) ответные действия на просьбу взрослого
- в) поисковая зрительная реакция на вопрос "где?"
- г) связывание слов в предложение
- д) связывание слова с определенным предметом

Вариант 13.

1.Критериями оценки биологического возраста детей являются:

- а) пропорции тела
- б) число ядер окостенения
- в) показатели роста и массы
- г) вторичные половые признаки
- д) психо-моторное развитие

2.У детей первого года жизни индекс Чулицкой составляет:

- а) 20-25
- б) 15-20
- в) 10-15
- г) 5-8
- д) 30-40

3.Краниосиностоз это:

- а) раннее сращение лобных костей
- б) преждевременное зарастание черепных швов
- в) преждевременное зарастание венечных швов
- г) преждевременное зарастание малого родничка
- д) преждевременное зарастание большого родничка

Вариант 14.

1.Критериями оценки биологического возраста подростков являются:

- а) число ядер окостенения
- б) вторичные половые признаки
- в) умения и навыки
- г) психо-моторное развитие
- д) показатели роста и массы

2.Индекс Эрисмана это:

- а) разность между окружностью груди и ростом
- б) разность между окружностью груди и половиной роста
- в) частное от деления масс тела на длину тела
- г) частное от деления длины тела на массу тела
- д) разность между ростом и окружностью груди

3.Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов

- г) лепет
- д) гуление

Вариант 15

1. Период полового созревания характеризуется:

- а) снижением мышечной массы
- б) отставанием «костного» возраста от биологического
- в) неустойчивостью вегетативной регуляции
- г) развитием вторичных половых признаков
- д) ускорением темпов роста и прибавки массы

2. К микросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 8-9 баллов
- д) 19-20 баллов

3. К оральным сегментарным автоматизмам относят рефлексы:

- а) поисковый
- б) хоботковый
- в) Моро
- г) хватательный
- д) Бабинского

Эталоны ответов по теме: «Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей, физическое и нервно-психическое развитие»

Билет 1) а, б, в, д 2) а 3) б

Билет 2 1) а, б, д 2) б 3) г

Билет 3 1) в, г, д 2) б 3) а, б

Билет 4 1) а; 2) а 3) а, д, е

Билет 5 1) г; 2) г 3) а, б, г

Билет 6 1) в; 2) а 3) а, б, г, д, е

Билет 8 1) в; 2) в 3) б

Билет 9 1) а; 2) б 3) б, в, д

Билет 10 1) б; 2) б 3) г, д

Билет 11 1) в; 2) б 3) б

Билет 12 1) в; 2) а 3) б, в, д

Билет 13 1) а, б, в, д 2) а 3) б

Билет 14 1) а, б, д 2) б 3) г

Билет 15 1) в, г, д 2) б 3) а, б

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей.

Естественное вскармливание»

Вариант 1

1. У новорожденного в возрасте 2 недель стул 6 раз в сутки. Ребенок находится на грудном вскармливании. Какая частота стула считается физиологичной для данного возраста ?

1. 7-8 раз.
2. 1-2 раза.
3. 3-5раз.
4. 5-10 раз.

2. Ребенок в возрасте 1 мес. периодически срыгивает. Родился доношенным с массой тела 3400. В настоящее время масса тела 4000г. Ребенок сосет грудь энергично. Что способствует срыгиванию у данного ребенка?

1. Аэрофагия.
2. Хорошее развитие пилорического сфинктера.
3. Слабое развитие кардиального сфинктера.
4. Перекорм.
5. Все выше перечисленное.

3 Что из нижеперечисленного, обнаруженного при осмотре ребенка 3 мес , следует считать физиологическим.

1. Редкая рвота.
2. Срыгивания 1-2 раза в сутки.
3. Метеоризм.
4. Сильное слюнотечение.

Вариант 2

1. Какой физиологический объем желудка у ребенка в первый день жизни?

1. 7 мл.
2. 10 мл.
3. 15 мл.
4. 30 – 40 мл
5. 100 мл

2. Содержание углеводов в женском молоке составляет:

- 1.3,5%
- 2.4,0%
- 3.5,5%
- 4.6,0%
- 5.6,5%

3. После введения прикорма количество кормлений составляет:

1. 4
2. 5
3. 6
4. 7
5. 8

Вариант 3

1. Что из нижеперечисленного способствует акту сосания?

1. Комочки Биша .
2. Толстый язык.
3. Малый объем ротовой полости.
4. Физиологическая ретрогнатия.
5. Все выше перечисленное.

2. Содержание белка в женском молоке составляет:

1. 0,8%
2. 1,2%
3. 1,5%
4. 2,2%
5. 3,0%

3. Второй прикорм вводят в возрасте:

1. 4 мес.
2. 5 мес.
3. 6 мес.
4. 7 мес.
5. 8 мес.

Вариант 4

1. Какой объем пищи должен получать ребенок в возрасте 4 нед при расчете объемным способом?

1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8

2. Какие из нижеуказанных факторов могут привести к вторичной гипогалактии?

1. Нейроэндокринные расстройства.
2. Заболевания матери и осложнения во время беременности.
3. Нерациональный образ жизни матери
4. Сцеживание молока после каждого кормления

5. Позднее прикладывание к груди.

3. Ребенка полностью отнимают от груди в возрасте:

1. 9 мес.

2. 10 мес.

3. 1 года

4. 1,5 года

5. 2 года

Вариант 5

1. Назовите абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери

1. Активная форма туберкулеза

2. Злокачественные новообразования

3. Почечная недостаточность, азотемия

4. Послеродовые психозы

5. Все выше перечисленное.

2. Какой объем пищи должен получать ребенок в возрасте 4 мес. при расчете объемным способом?

1. 1/5

2. 1/6

3. 1/7

4. 1/8

5. 1/9

3. Содержание казеина в грудном молоке составляет:

1. 10%

2. 25%

3. 20%

4. 30%

5. 35%

Вариант 6

1. Потребность в углеводах на первом году жизни при естественном вскармливании составляет:

1. 7,0 г/сут

2. 9,0 г/сут

3. 11 г/сут

4. 12 г/сут

5. 13 г/сут

2. Ребенок 1 года должен получать суточный объем питания:

1. 1000 мл
2. 1200 мл
3. 1300 мл
4. 1400 мл
5. 2000 мл

3. Строение толстой кишки становится аналогичным взрослому в возрасте:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года
4. 4 года
5. 5 лет

Вариант 7

1. Развитие слюнных желез заканчивается в возрасте:

1. 1 мес.
2. 1,5-2 мес.
3. 3-4 мес.
4. 5-6 мес.
5. 1 года

2. У ребенка в возрасте 4-6 мес., находящегося на естественном вскармливании потребность в белках составляет?

1. 2,0 г/сут
2. 2,6 г/сут
3. 3,0 г/сут
4. 3,5 г/сут
5. 5,5 г/сут

3. В качестве первого прикорма предпочтительно назначать:

1. Желток
2. Кефир
3. Овощное пюре
4. Коровье молоко
5. Мясной бульон

Вариант 8

1. Длина пищевода у новорожденного составляет:

1. 8-9 см
2. 10-12 см
3. 15-20 см
4. 19 см
5. 23-25 см

2. Содержание жира в женском молоке составляет:

1. 1,2%
2. 2,5%
3. 3,0%
4. 3,5%
5. 4,0%

3. Что из нижеперечисленного, обнаруженного при осмотре ребенка 3 мес, следует считать физиологическим.

1. Редкая рвота.
2. Срыгивания 1-2 раза в сутки.
3. Метеоризм.
4. Сильное слюнотечение.

Вариант 9

1. Содержание сывороточных белков в женском молоке составляет:

1. 40%
2. 50%
3. 60%
4. 70%
5. 80%

2. В качестве первого прикорма предпочтительно назначать:

1. Молочную кашу
2. Кефир
3. Овощное пюре
4. Творог
5. Мясной бульон

3. Ребенок 1 года должен получать суточный объем питания:

1. 1000 мл
2. 1200 мл

3. 1500 мл
4. 1700 мл
5. 2000 мл

Вариант 10

1. У ребенка в возрасте 7-12мес., находящегося на естественном вскармливании потребность в жирах составляет?

- 1.3,5 г/сут
- 2.5,5 г/сут
- 3.2,8 г/сут
- 4.6,0 г/сут
- 5.4,5 г/сут

2. Мясо в рацион ребенка следует вводить с:

- 1.4 мес.
- 2.5 мес.
- 3.6 мес.
- 4.7 мес.
5. 7,5 мес.

3. Назовите абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери

1. Активная форма туберкулеза
2. Злокачественные новообразования
3. Почечная недостаточность, азотемия
4. Послеродовые психозы
5. Все выше перечисленное.

Эталоны ответов к тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Естественное вскармливание»

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Вариант №1 1-3; 2-5; 3-4; | Вариант №6 1-5; 2-1,2; 3-3,4; |
| Вариант №2 1-1; 2-5; 3-2; | Вариант №7 1-3; 2-2; 3-3; |
| Вариант №3 1-5; 2-2; 3-3; | Вариант №8 1-2; 2-4; 3-4; |
| Вариант №4 1-1; 2-2,3; 3-3,4; | Вариант №9 1-5; 2-3; 3-1,2; |
| Вариант №5 1-5; 2-3; 3-3; | Вариант №10 1-2; 2-4; 3-5; |

*Тестовый контроль по теме:
«Искусственное, смешанное вскармливание»*

Вариант 1.

1. Смесь Б-рис это соотношение молока и отвара:

- а) 1 : 1
- б) 1 : 2
- в) 2 : 1
- г) 1 : 3
- д) 1 : 4

2. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раз
- д) 8 раз

3. Показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание не является:

- а) гипогалактия
- б) социальные факторы
- в) уплощение весовой кривой
- г) заболевание матери
- д) заболевание ребенка

Вариант 2

1. Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

- а) 2,0-2,5 г/кг
- б) 2,5-3 г/кг
- в) 3-3,5 г/кг
- г) 3,5-4,0 г/кг
- д) 4,0-4,5 г/кг

2. Смесь В-рис это соотношение молока и отвара:

- а) 2 : 1
- б) 1 : 2
- в) 2 : 2
- г) 1 : 2

3. К первичной гипогалактии приводят:

- а) нерациональное питание матери
- б) нарушения режима дня
- в) эндокринное заболевание матери
- г) стрессы
- д) нарушение техники вскармливания

Вариант 3

1. К неадаптированным сладким молочным смесям относятся:
 - а) «Пилтти»
 - б) «Бона»
 - в) «Тутелли»
 - г) «Нутрилон
 - д) В-греча
2. Потребность в жире у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 6 месяцев равна:
 - а) 7 г/кг
 - б) 6,5 г/кг
 - в) 6,0 г/кг
 - г) 5,5 г/кг
 - д) 5,0 г/кг
3. В качестве докорма ребенку в возрасте 3 мес. можно использовать:
 - а) фруктовые соки
 - б) творог
 - в) овощное пюре
 - г) смесь «Нан»
 - д) фруктовое пюре

Вариант 4

1. Второй прикорм вводится ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании вводят в:
 - а) 4-4,5 мес
 - б) 5-5,5 мес
 - в) 5,5-6 мес
 - г) 4,5-5 мес
 - д) 6-6,5 мес
2. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:
 - а) 7 раз
 - б) 6 раз
 - в) 5 раз
 - г) 4 раза
 - д) 8 раз
3. Показанием к контрольному взвешиванию не является:
 - а) беспокойство
 - б) падение весовой кривой
 - в) редкое мочеиспускание
 - г) температура
 - д) срыгивания

Вариант 5

1. Смесь В-греча дается детям в возрасте:

- а) с момента рождения до 2 недель
- б) 2 нед-3 месяцев
- в) с 3-4 месяцев
- г) с 4-5 месяцев
- д) с 5 месяцев

2. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:

- а) соки
- б) желток
- в) витамин Д
- г) овощное пюре
- д) творог

3. Второй прикорм при смешанном вскармливании вводится:

- а) 4 мес
- б) 4,5 мес
- в) 5,0 мес
- г) 5,5 мес
- д) 6 мес

Вариант 6

1. Ребенку первых месяцев жизни в качестве докорма предпочтительнее использовать:

- а) адаптированные пресные смеси
- б) смеси на основе изолята соевого белка
- в) адаптированные кисломолочные смеси
- г) неадаптированные пресные смеси
- д) казеиновые формулы

2. Энергетическая потребность жизни у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца:

- а) 130 ккал/кг
- б) 120 ккал/кг
- в) 115 ккал/кг
- г) 110 ккал/кг
- д) 100 ккал/кг

3. Первый прикорм при смешанном вскармливании вводится:

- а) 4 мес
- б) 4,5 мес
- в) 5 мес
- г) 5,5 мес
- д) 6 мес

Вариант 7

1. Цельное коровье молоко детям, находящимся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями дается с:

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

2. К адаптированным кисломолочным смесям относят:

- а) «Нан» кисломолочный
- б) «Лактофудус»
- в) «Семлер»
- г) «Биолакт»
- д) «Хумана»

3. Введение прикорма при смешанном вскармливании по сравнению с естественным:

- а) осуществляется на 2 недели раньше
- б) на 1 неделю раньше
- в) на 3 недели раньше
- г) также как и при естественном вскармливании
- д) на 1 нед позже

Вариант 8

1. Последнее поколение адаптированных смесей обогащено следующими микронутриентами:

- а) витамин Д
- б) витамин К
- в) витамин В2
- г) таурином
- д) витамин В1

2. Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

- а) 2-2,5 г/кг
- б) 2,5-3 г/кг
- в) 3-3,5 г/кг
- г) 3,5-4,0 г/кг
- д) 4-4,5 г/кг

3. Эффективность смешанного вскармливания приближается к естественному если женское молоко составляет от суточного рациона:

- а) 3/4
- б) 1/2
- в) 1/5
- г) 1/6
- д) 1/8

Вариант 9

1. К смесям не содержащим лактозу относят:

- а) «Пилтти»
- б) «БОНА»
- в) «Алсой»
- г) «Малютка»
- д) «Тутелли»

2. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:

- а) витамин В 1
- б) соки
- в) фруктовое пюре
- г) витамин Д
- д) овощное пюре

3. Клинические проявления голодания ребенка:

- а) уплощение весовой кривой
- б) срыгивания
- в) повышение температуры тела
- г) редкие мочеиспускания
- д) бледность кожи

Вариант 10

1. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раза
- д) 8 раз

2. К неадаптированным смесям относятся:

- а) «Пилтти»
- б) «Тутелли»
- в) кефир
- г) "Нан"
- д) Алсой»

3. Потребность в жире у ребенка, находящегося на смешанном вскармливании составляет в возрасте 6 месяцев:

- а) 4,5 г/кг
- б) 5 г/кг
- в) 5,5 г/кг
- г) 6 г/кг
- д) 6,5 г/кг

Вариант 11.

1. Показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание не является:

- а) гипогалактия
- б) социальные факторы
- в) уплощение весовой кривой
- г) заболевание матери
- д) заболевание ребенка

2. Смесь Б-рис это соотношение молока и отвара:

- а) 1 : 1
- б) 1 : 2
- в) 2 : 1
- г) 1 : 3
- д) 1 : 4

3. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раз
- д) 8 раз

Вариант 12

1. К первичной гипогалактии приводят:

- а) нерациональное питание матери
- б) нарушения режима дня
- в) эндокринное заболевание матери
- г) стрессы
- д) нарушение техники вскармливания

2. Частота кормлений ребенка в 2 месяца, находящегося на смешанном вскармливании равна:

- а) 3 раза
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раза
- д) 8 раз

3. Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

- а) 2,0-2,5 г/кг
- б) 2,5-3 г/кг
- в) 3-3,5 г/кг
- г) 3,5-4,0 г/кг
- д) 4,0-4,5 г/кг

Вариант 13

1. В качестве докорма можно использовать:

- а) фруктовые соки

б) творог

в) овощное пюре

г) молоко

д) фруктовое пюре

2. Потребность в жире у ребенка, находящегося на смешанном вскармливании в 4 месяца

равна:

а) 5,0 г/кг

б) 5,5, г/кг

в) 6,0 г/кг

г) 6,5 г/кг

д) 7,0 г/кг

3. К неадаптированным сладким молочным смесям относятся:

а) «Пилтти»

б) «Бона»

в) «Тутелли»

г) «Нутрилон

д) В-греча

Вариант 14

1. Показанием к контрольному взвешиванию не является: а) беспокойство

б) падение весовой кривой

в) редкое мочеиспускание

г) температура

д) срыгивания

2. Смесь В-греча дается детям в возрасте:

а) с момента рождения до 2 недель

б) 2нед-3 месяцев

в) с 3-4 месяцев

г) с 4-5 месяцев

д) с 5 месяцев

3. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:

а) соки

б) желток

в) витамин Д

г) овощное пюре

д) творог

Вариант 15.

1. Потребность в белке у ребенка в 2 месяца, получающего докорм 1/2 суточной нормы равна:

а) 2,0 г/кг

б) 2,5 г/кг

в) 3,0 г/кг

- г) 3,5 г/кг
 д) 4,0 г/кг
2. Второй прикорм при смешанном вскармливании вводится: а) 4 мес
 б) 4,5 мес
 в) 5,0 мес
 г) 5,5 мес
 д) 6 мес
3. Ребенку первых месяцев жизни в качестве докорма предпочтительнее использовать:
 а) адаптированные пресные смеси
 б) смеси на основе изолята соевого белка
 в) адаптированные кисломолочные смеси
 г) неадаптированные пресные смеси
 д) казеиновые формулы

**Эталоны ответов по тестовому контролю по теме:
 «Искусственное, смешанное вскармливание»**

Вариант 1.	Вариант 6	Вариант 11
1. а	1. а	1.д
2. в	2. в	2.а
3. д	3. б	3.в
Вариант 2	Вариант 7	Вариант 12
1. г	1. в	1.в
2. а	2.а	2.а
3 в	3. а	3.г
Вариант 3	Вариант 8	Вариант 13
1. д	1. г	1.г
2. в	2. г	2.в
3.г	3. а	3.д
Вариант 4	Вариант 9	Вариант 14
1. г	1. в	1.г,д
2. в	2. а,г	2.а
3.г,д	3. а,г	3.в
Вариант 5	Вариант 10	Вариант 15
1. а	1.в	1.г
2. в	2.в	2.в
3. в	3.г	3.а

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Рахит. Спазмофилия».

Вариант 1.

1. Укажите максимальные сроки закрытия большого родничка:

- а) 7-9 мес.
- б) 12-15 мес.
- в) 15-18 мес.
- г) 18-20 мес.
- д) 19-20 мес.

2. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- а) прерывистое уплотнение зон роста
- б) нормальная оссификация костей
- в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- г) незначительный остеопороз
- д) выраженный остеопороз

3. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

Вариант 2.

1. Нарушение второй стадии остеогенеза (минерализация кости) возникает при:

- а) снижении мышечного тонуса
- б) сдвиге рН в кислую сторону
- в) сдвиге рН в щелочную сторону
- г) дефиците кальция, фосфора и других минералов
- д) гиповитаминозе Д
- е) гипервитаминозе Д

2. Для начального периода рахита характерна:

- а) плаксивость
- б) потливость
- в) костные деформации
- г) снижение аппетита
- д) раздражительность
- е) повышенная судорожная готовность

3. Причиной судорог при спазмофилии является:

- а) гипофосфатемия
- б) гипокальциемия
- в) снижение активности фосфатазы

- г) гиперкальциемия
- д) гиперфосфатемия

Вариант 3.

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

- а) 2,0-2,7
- б) 2,25-2,7
- в) 2,5-3,0
- г) 2,7-3,5
- д) 5,5-6,0

2. Для рахита характерен:

- а) метаболический ацидоз
- б) дыхательный ацидоз
- в) алкалоз
- г) метаболический алкалоз
- д) дыхательный алкалоз

3. В анализе мочи для гипервитаминоза D характерно:

- а) лейкоцитурия
- б) бактериурия
- в) протеинурия
- г) микрогематурия
- д) уратурия

Вариант 4.

1. Соотношение уровня кальция и фосфора в крови в норме равно

- а) 2:1
- б) 1:2
- в) 3:1
- г) 1:3
- д) 3:5

2. В период разгара рахита наблюдается:

- а) мышечная гипертония
- б) краниотабес
- в) судорожный синдром
- г) гипертермия
- д) гипергликемия

3. Для 1 степени тяжести гипервитаминоза D характерно:

- а) отсутствие токсикоза
- б) умеренный токсикоз
- в) снижение аппетита
- г) рвота

- д) слабо положительная проба Сулковича
- е) резко положительная проба Сулковича
- ж) задержка нарастания массы тела
- з) падение массы тела

Вариант 5.

1. 25-гидрохолекальциферол образуется в:

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

2. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- а) прерывистое уплотнение зон роста
- б) нормальная оссификация костей
- в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- г) незначительный остеопороз
- д) все перечисленное

3. Возможными осложнениями при гипервитаминозе D являются:

- а) стойкое повышение артериального давления
- б) стойкое понижение артериального давления
- в) пневмосклероз
- г) кальциноз легких и мозга
- д) уролитиаз

Вариант 6.

1. На фосфорно-кальцевый обмен в организме влияют:

- а) 1,25-дигидрохолекальциферол
- б) соматотропный гормон
- в) кальцитонин
- г) кортикостероиды
- д) паратгормон

2. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

3. Предрасполагающими факторами к развитию спазмофилии являются:

- а) повышенная инсоляция в весеннее время
- б) диета, бедная солями кальция

- в) диета, богатая солями кальция
- г) недостаточное потребление витамина D
- д) интенсивное лечение витамином D
- е) назначение препаратов витамина D вместе с УФО

Вариант 7.

1. 1,25-дигидрохолекальциферол образуется в:

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

2. Для начального периода рахита показаны следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

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

- а) 1,5 ммоль/л
- б) 1,0 ммоль/л
- в) 0,85 ммоль/л
- г) 0,5 ммоль/л
- д) 2,5 ммоль/л

Вариант 8.

1. Гипокальциемия развивается в результате следующих механизмов:

- а) вымывание кальция из костей
- б) усиление кишечного всасывания кальция
- в) уменьшение кишечного всасывания кальция
- г) усиление почечной экскреции кальция
- д) уменьшение почечной экскреции кальция

2. Клинически явная тетания проявляется:

- а) симптомом Хвостека
- б) ларингоспазмом
- в) карпопедальными спазмами
- г) клонико-тоническими судорогами
- д) синдромом Труссо

3. При гипервитаминозе D отмечается:

- а) гипокальциемия
- б) гиперкальциемия
- в) гиперкальцийурия
- г) гиперфосфатурия
- д) метастатическая кальцификация
- е) гипофосфатемия

Вариант 9.

1. Витамин Д содержится в:

- а) желтке
- б) печени трески
- в) овощах
- г) хлебе грубого помола
- д) мясе

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

- а) Хвостека
- б) Труссо
- в) Маслова
- г) Ортнера
- д) Мерфи

3. Для хронического гипервитаминоза D характерно:

- а) потеря аппетита
- б) повышенный аппетит
- в) вялость
- г) повышенная возбудимость
- д) запоры
- е) диарея

Вариант 10.

1. Антагонистом витамина D является витамин:

- а) А
- б) В₆
- в) В₁₂
- г) В₁
- д) В₂

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

- а) Хвостека
- б) Труссо
- в) Маслова

- г) Воскресенского
- д) Менделя

3. Для II степени тяжести гипервитаминоза D характерно:

- а) отсутствие токсикоза
- б) умеренный токсикоз
- в) снижение аппетита
- г) рвота
- д) слабо положительная проба Сулковича
- е) резко положительная проба Сулковича
- ж) задержка нарастания массы тела
- з) падение массы тела

Вариант 11.

1. Кашей, обладающей антикальцифицирующим свойством и рекомендуемой в рацион ребенка при гипервитаминозе D, является:

- а) гречневая
- б) овсяная
- в) рисовая
- г) манная
- д) перловая

2. Временем года, когда чаще встречается спазмофилия, является:

- а) весна
- б) лето
- в) зима
- г) осень
- д) нет зависимости от времени года

3. Применение глюкокортикоидных гормонов при лечении гипервитаминоза D:

- а) приводит к уменьшению абсорбции кальция
- б) приводит к увеличению абсорбции кальция |
- в) тормозит мобилизацию кальция из костей
- г) усиливает мобилизацию кальция из костей
- д) ускоряет выведение кальция из организма
- е) замедляет выведение кальция из организма

Вариант 12.

1. Из рациона больных гипервитаминозом D необходимо исключить:

- а) сахар
- б) творог
- в) соки

г) цельное молоко

д) фрукты

2. Заподозрить у ребенка скрытую (латентную) тетанию можно последующим клиническим проявлениям:

а) вялость

б) адинамия

в) беспокойство

г) вздрагивание

д) снижение аппетита

3. При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка:

а) в состоянии покоя

б) при плаче

в) во время сна

г) в горизонтальном положении

д) в вертикальном положении

Вариант 13.

1. Укажите максимальные сроки закрытия большого родничка:

а) 7-9 мес.

б) 12-15 мес.

в) 15-18 мес.

г) 18-20 мес.

д) 19-20 мес.

2. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

а) прерывистое уплотнение зон роста

б) нормальная оссификация костей

в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей

г) незначительный остеопороз

д) выраженный остеопороз

3. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

а) массаж, гимнастика

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

в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день

г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно

д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

Вариант 14.

1. Нарушение второй стадии остеогенеза (минерализация кости) возникает при:

а) снижении мышечного тонуса

б) сдвиге pH в кислую сторону

- в) сдвиге рН в щелочную сторону
- г) дефиците кальция, фосфора и других минералов
- д) гиповитаминозе Д
- е) гипервитаминозе Д

2. Для начального периода рахита характерна:

- а) плаксивость
- б) потливость
- в) костные деформации
- г) снижение аппетита
- д) раздражительность
- е) повышенная судорожная готовность

3. Причиной судорог при спазмофилии является:

- а) гипофосфатемия
- б) гипокальциемия
- в) снижение активности фосфатазы
- г) гиперкальциемия
- д) гиперфосфатемия

Вариант 15.

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

- а) 2,0-2,7**
- б) 2,25-2,7**
- в) 2,5-3,0**
- г) 2,7-3,5**
- д) 5,5-6,0**

2. Для рахита характерен:

- а) метаболический ацидоз
- б) дыхательный ацидоз
- в) алкалоз
- г) метаболический алкалоз
- д) дыхательный алкалоз

3. В анализе мочи для гипервитаминоза Д характерно:

- а) лейкоцитурия
- б) бактериурия
- в) протеинурия
- г) микрогематурия
- д) уратурия

Эталоны ответов по тестовому контролю тестовому контролю по теме: Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. .Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д.

- Вариант 1. 1-в; 2- г; 3- а,б,в
Вариант 2. 1-а,б,г,д; 2-а,б,г,д; 3-б
Вариант 3. 1-б; 2-а; 3-а,в,г
Вариант 4. 1-а; 2-б; 3-а,в,д,ж
Вариант 5. 1-б; 2-в; 3-а,в,г,д
Вариант 6. 1-а,в,г,д; 2-а,б,г; 3-а,б,д,е
Вариант 7. 1-а; 2-а,б,д; 3-в
Вариант 8. 1-а,б,в; 2-б,в,г; 3-б,в,г,д,е
Вариант 9. 1-а,б,д; 2-б; 3-а,в,д
Вариант 10. 1-а; 2-а; 3-б,в,г,е,з
Вариант 11. 1-б; 2-а; 3-а,в,д
Вариант 12. 1-б,г; 2-в,г; 3-а
Вариант 13. 1-в; 2- г; 3- а,б,в
Вариант 14. 1-а,б,г,д; 2-а,б,г,д; 3-б
Вариант 15. 1-б; 2-а; 3-а,в,г

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки. Аномалии конституции»

Вариант 1.

1. Основные эндогенные причины атопического дерматита:

- а) Пищевая аллергия.
- б) Наследственность.
- в) Гиперреактивность.
- г) Психо-эмоциональные нагрузки.
- д) Частые ОРВИ

2. Для лечения атопического дерматита используют, наиболее часто назначают:

- а) Препараты кальция.
- б) Седативные средства.
- в) Антигистаминные препараты.
- г) Биопрепараты.
- д) Антибиотики

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

- а) нервно-артритическим
- б) лимфатико-гипопластическим
- в) геморрагическим

Вариант 2.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

- а) Пищевые.

- б) Ксенобиотики.
- в) Гиперреактивность кожи.
- г) Метеоситуация.
- д) Частые ОРВИ

2. К сильным гормональным мазям относят:

- а) Гидрокортизоновую.
- б) Адвантан.
- в) Элоком.
- г) Дерматол.
- д) Флуцинар

3. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:

- а) нервно-артритического
- б) лимфатико-гипопластического
- в) геморрагического

Вариант 3.

1. К продуктам с высокой сенсibiliзирующей активностью относятся:

- а) Рыба.
- б) Яйца.
- в) Гречка.
- г) Бананы.
- д) Рис

2. Из питания ребенка 1-го года жизни при атопическом дерматите исключают:

- а) Творог.
- б) Желток.
- в) Мясной фарш.
- г) Гречка.
- д) Рис

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

- а) обильное щелочное питье
- б) аллопуринол
- в) седативная терапия
- г) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами
- д) ксидифон

Вариант 4.

1. К обязательным диагностическим признакам атопического дерматита относят:

- а) Зуд.
- б) Ихтиоз.
- в) Высокий уровень Ig E.
- г) Типичная морфология и расположение сыпи.

- д) Бледность кожных покровов
- 2. Для клиники лимфатико-гипопластического диатеза характерно:
 - а) Склонность к значительному и стойкому увеличению лимфатических узлов.
 - б) Избыточная масса тела.
 - в) Молочный струп.
 - г) Стойкие опрелости.
 - д) Дефицит массы тела
- 3. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:
 - а) антигистаминные препараты
 - б) седативные препараты
 - в) ферменты
 - г) глюкокортикоиды
 - д) биопрепараты

Вариант 5.

- 1. Клинические проявления атопического дерматита у детей 1-го года жизни:
 - а) Молочный струп.
 - б) Гнейс.
 - в) Избыточная масса тела.
 - г) Быстрая утомляемость.
 - д) Дефицит массы тела
- 2. Медикаментозная терапия лимфатико-гипопластического диатеза включает:
 - а) Адаптогены.
 - б) Витаминотерапия.
 - в) Седативные.
 - г) Антигистаминные.
 - д) Глюкокортикоиды
- 3. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритического диатеза может привести к развитию таких состояний, как:
 - а) мочекаменная болезнь
 - б) синдром внезапной смерти
 - в) подагра
 - г) аутоиммунные заболевания
 - д) неврастенический синдром

Вариант 6.

- 1. В патогенезе нервно-артритического диатеза основное значение имеют:
 - а) Высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции.
 - б) Снижение синтеза катехоламинов.
 - в) Атопия.
 - г) Нарушение обмена пуринов.

д)Нарушение обмена щавелевой кислоты

2. Клинические проявления нервно-артрического диатеза:

а)Значительное увеличение лимфатических узлов.

б)Повышение нервной возбудимости.

в)Анорексия.

г)«Географический язык».

д)Гипотония

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

а)IgA

б)IgE

в)IgM

г)IgD

д) IgG

Вариант 7.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

а)Пищевые.

б) Ксенобиотики.

в)Гиперреактивность кожи.

г)Метеоситуация

д)Лекарственные препараты

2. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

а) нервно-артритическом

б) лимфатико-гипопластическом

в) геморрагическом

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

а) синдром мальабсорбции

б) синдром внезапной смерти

в) подагра

г) аутоиммунные заболевания

д) неврастенический синдром

Вариант 8.

1. К обязательным диагностическим признакам атопического дерматита относят:

а)Зуд.

б)Ихтиоз.

в)Высокий уровень Ig E.

г)Типичная морфология и расположение сыпи.

д)Бледность кожных покровов

2. Клинические проявления атопического дерматита у детей 1-го года жизни:
- а) Молочный струп.
 - б) Гнейс.
 - в) Избыточная масса тела.
 - г) Быстрая утомляемость.
 - д) Гипертермия
3. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при диатезе:
- а) нервно-артритическом
 - б) лимфатико-гипепластическом
 - в) геморрагическом

Вариант 9.

1. Основные эндогенные причины атопического дерматита:
- а) Пищевая аллергия.
 - б) Наследственность.
 - в) Гиперреактивность.
 - г) Психоэмоциональные нагрузки.
 - д) Метеоситуация
2. Генетически детерминированная особенность обмена веществ, определяющая своеобразие адаптивных реакций организма и предрасполагающая к определенной группе заболеваний, называется:
- а) наследственным заболеванием
 - б) аномалией конституции
 - в) врожденным заболеванием
 - г) аллергическим заболеванием
 - д) хроническим заболеванием
3. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:
- а) лимфатико-гипопластическим
 - б) нервно-артритическим

Вариант 10.

1. Для клиники лимфатико-гипопластического диатеза характерно:
- а) Склонность к значительному и стойкому увеличению лимфатических узлов.
 - б) Избыточная масса тела.
 - в) Молочный струп.
 - г) Стойкие опрелости.
 - д) Анорексия
2. К сильным гормональным мазям относят:
- а) Гидрокортизоновую.
 - б) Адвантан.

- в)Злоком.
- г)Дерматол.
- д)Флуцинар

3. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:

- а) коровье молоко
- б) белок куриного яйца
- в) желток куриного яйца
- г) рыба
- д) манная крупа
- е) кукурузная крупа

Вариант 11.

1. Медикаментозная терапия лимфатико-гипопластического диатеза включает:

- а)Адаптогены.
- б)Витаминотерапия.
- в)Седативные.
- г)Антигистаминные.
- д)Глюкокортикоиды

2. Клинические проявления нервно-артрического диатеза:

- а)Значительное увеличение лимфатических узлов.
- б)повышение нервной возбудимости.
- в)анорексия.
- г)«географический язык».
- д)гипотония

3. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:

- а) инфекционная форма аллергии
- б) пищевая аллергия
- в) лекарственная аллергия
- г) ингаляционная аллергия

Вариант 12.

1. К продуктам с высокой сенсibiliзирующей активностью относятся:

- а)Рыба.
- б)Яйца.
- в)Гречка.
- г)Бананы.
- д)Рис

2. В патогенезе нервно-артрического диатеза основное значение имеют:

- а)Высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции.
- б)Снижение синтеза катехоламинов.
- в)Атопия.
- г)Нарушение обмена пуринов.

д) Нарушение обмена щавелевой кислоты

3. Основными маркерами лимфатико-гипопластического диатеза являются:

- а) врожденная генерализованная иммунопатия
- б) избыточный синтез гистамина
- в) генетически детерминированная гиперпродукция IgE
- г) увеличение лимфатических узлов
- д) гиперплазия вилочковой железы
- е) гипофункция коры надпочечников

Вариант 13.

1. Основные эндогенные причины атопического дерматита:

- а) Пищевая аллергия.
- б) Наследственность.
- в) Гиперреактивность.
- г) Психо-эмоциональные нагрузки.
- д) Частые ОРВИ

2. Для лечения атопического дерматита используют, наиболее часто назначают:

- а) Препараты кальция.
- б) Седативные средства.
- в) Антигистаминные препараты.
- г) Биопрепараты.
- д) Антибиотики

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

- а) нервно-артритическим
- б) лимфатико-гипопластическим
- в) геморрагическим

Вариант 14.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

- а) Пищевые.
- б) Ксенобиотики.
- в) Гиперреактивность кожи.
- г) Метеоситуация.
- д) Частые ОРВИ

2. К сильным гормональным мазям относят:

- а) Гидрокортизоновую.
- б) Адвантан.
- в) Элоком.
- г) Дерматол.
- д) Флуцинар

3. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:

- а) нервно-артритического
- б) лимфатико-гипопластического
- в) геморрагического

Вариант 15.

1. К продуктам с высокой сенсибилизирующей активностью относятся:

- а) Рыба.
- б) Яйца.
- в) Гречка.
- г) Бананы.
- д) Рис

2. Из питания ребенка 1-го года жизни при атопическом дерматите исключают:

- а) Творог.
- б) Желток.
- в) Мясной фарш.
- г) Гречка.
- д) Рис

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

- а) обильное щелочное питье
- б) аллопуринол
- в) седативная терапия
- г) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами
- д) ксидифон
- б) Избыточная масса тела.
- в) Молочный струп.
- г) Стойкие опрелости.
- д) Дефицит массы тела

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки.

Аномалии конституции».

Вариант 1. 1-б,в, 2-в,г, 3-б

Вариант 2. 1-б,д,2-б,в,3-б

Вариант 3. 1-а,б,2-а,б,3-б

Вариант 4. 1-а,г,2-а,б,3-г

Вариант 5. 1-а,б,2-а,б,3-а,в,д

Вариант 6. 1-а,г,2-б,в,3-б

Вариант 7. 1-б,г,2-а,3-б,г

Вариант 8. 1-а,г,2-а,б,3-б

Вариант 9. 1-б,в,2-б,3-б

Вариант 10. 1-а,б,2-б,в,3-а,б,г,д

Вариант 11. 1-а,б,2-б,в,3-б

Вариант 12. 1-а,б,2-а,г,3-а,г,д,е

Вариант 13. 1-б,в, 2-в,г, 3-б

Вариант 14. 1-б,д,2-б,в,3-б

Вариант 15. 1-а,б,2-а,б,3-б

Тестовый контроль по теме: «Хронические расстройства питания»

Вариант 1.

1. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:

- а) хорошая прибавка в массе
- б) низкий тургор тканей
- в) хорошее психомоторное развитие ребенка
- г) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка
- д) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка
- е) наличие железодефицитной анемии

2. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

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

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

- а) не показаны
- б) I степени
- в) II степени
- г) III степени

Вариант 2.

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- а) алиментарные факторы
- б) инфекционные заболевания
- в) несвоевременная вакцинопрофилактика
- г) генетические факторы
- д) сахарный диабет у матери
- е) железодефицитная анемия

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

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы

д) 1/8 от нормы

3. К паратрофии относятся состояния с:

- а) дефицитом массы более 10%
- б) избытком массы от 5 до 10%
- в) избытком массы от 10% до 20%
- г) избытком массы и роста более 10%
- д) дефицитом массы более 15%

Вариант 3.

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

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) микроэлементов
- д) витаминов

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

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие продукты питания следует ограничить при паротрофии у детей?

- а) овощи
- б) сладкие фрукты
- в) каши
- г) цитрусовые
- д) мясо

Вариант 4.

1. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

- а) паратрофия
- б) гипотрофия
- в) гипостатура
- г) гипоплазия

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

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы

- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие лекарственные средства назначаются при лечении паротрофии?

- а) витамины
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) ферменты
- г) медикаменты, подавляющие аппетит
- д) антигистаминные препараты

Вариант 5.

1. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:

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

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

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

3. Определяющим в развитии паротрофии у детей первого года жизни является:

- а) злоупотреблением высококалорийными продуктами
- б) получение калорийной пищи во вторую половину дня
- в) повышенная жирность грудного молока
- г) перегрузка белком и электролитами
- д) все из вышеперечисленного

Вариант 6.

1. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%
- б) 5-15%
- в) 10-20%
- г) 20-30%
- д) 10-22%

2. Расчет жиров в период белковой нагрузки у ребенка с гипотрофией 2 степени проводят на:

- а) должную массу тела
- б) приблизительно должную массу тела
- в) на 15% меньше возрастной нормы
- г) Фактическую массу тела
- д) не имеет значения

3. При паратрофии 1 степени процент избытка массы тела колеблется в пределах:

- а) 20-30%
- б) 10-20%
- в) 5-9%
- г) более 30%
- д) более 40%

Вариант 7.

1. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%**
- б) 5-15%**
- в) 10-20%**
- г) 20-30%**
- д) 30-35%**

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

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

3. Этиологическими и предрасполагающими к развитию паратрофии факторами могут быть:

- а) внутриутробный «перекорм»
- б) злоупотреблением высококалорийными продуктами
- в) прием калорийной пищи во вторую половину дня
- г) отягощенная по ожирению наследственность
- д) все из вышеперечисленного плюс эндокринные расстройства

Вариант 8.

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

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

2. Расчет белков в период белковой нагрузки у ребенка с гипотрофией 2 степени проводят на:

- а) должную массу тела
- б) приблизительно должную массу тела
- в) на 15% меньше возрастной нормы
- г) Фактическую массу тела
- д) не имеет значения

3. К биохимическому синдрому при паратрофии относят все, кроме:

- а) гиперлипидемия
- б) извращенный тип сахарной кривой
- в) гипопроteinемия
- г) гиперхолестеринемия
- д) уменьшение глобулинов при относительном увеличении содержания альбуминов.

Вариант 9.

1. Чем характеризуется гипоплазия?

- а) отставанием массы от длины тела
- б) отставание массы, длины тела
- в) отставание массы, длины тела и психомоторного развития
- г) отставание психомоторного развития
- д) отставание массы, психомоторного развития

2. Какие ферменты назначаются при лечении больных с гипотрофией?

- а) лидаза
- б) панзинорм
- в) дезоксирибонуклеаза
- г) креон
- д) N-ацетилцистеин

3. В качестве общих требований к проведению диетотерапии больным с паратрофией могут выступать все, кроме:

- а) ограничение питания, с помощью которого можно добиться замедления нарастания массы тела без ее потери
- б) прием ребенком калорийной пищи в первую половину суток
- в) упорядочение режима кормлений
- г) увеличение продолжительности каждого кормления
- д) обеспечение детей на искусственном вскармливании дополнительным количеством жидкости для выведения солей

Вариант 10.

1. Как изменяются показатели физического развития при гипостатуре?

- а) отставание в массе
- б) отставание в росте
- в) избыток массы
- г) отставание в массе и длине тела
- д) избыток длины тела

2. Клиническими признаками гипотрофии 1 степени являются все, кроме:

- а) истончение подкожно-жирового слоя
- б) уменьшение массы тела от 10 до 20%
- в) снижение темпов роста
- г) уменьшение индекса упитанности Чулицкой
- д) снижение тургора тканей

3. При лечении паратрофии используют все, кроме:

- а) организация этапного диетического питания
- б) организация двигательного режима
- в) назначение препаратов, снижающих аппетит
- г) регулярное пребывание на свежем воздухе
- д) назначение массажа, гимнастики, гидропроцедур

Вариант 11.

1. В классификации хронических расстройств питания учитываются:

- а) тип дистрофии и этиология
- б) степень тяжести
- в) период
- г) время возникновения
- д) все вышеперечисленное

2. На этапе установления толерантности объем питания ребенка с гипотрофией 2 степени (масса 4,5 кг) составляет:

- а) 1/5 должнствующей массы тела
- б) 1/5 фактической массы тела
- в) 1/5 приблизительно должнствующей массы тела
- г) 1/6 фактической массы тела
- д) 1/7 фактической массы тела

3. Критериями тяжести паротрофии являются все, кроме:

- а) показатели толерантности к пище
- б) показатели, характеризующие избыток пищи
- в) показатели гипоксии
- г) показатели, характеризующие иммунобиологическую резистентность к различным внешним факторам
- д) показатели нервно-психического развития

Вариант 12.

1. При установлении тяжести гипотрофии учитывают:

- а) дефицит массы тела
- б) дефицит длины тела
- в) состояние толерантности
- г) наличие признаков полигиповитаминоза
- д) состояние резистентности
- е) все вышеперечисленное

2. Как изменяется иммунный статус у детей при гипотрофии 3 степени?

- а) иммунный статус не изменен
- б) имеются признаки угнетения клеточного иммунитета
- в) имеются признаки угнетения гуморального иммунитета
- г) имеются признаки угнетения клеточного и гуморального иммунитета
- д) имеются признаки повышения клеточного и гуморального иммунитета

3. Для респираторных заболеваний у детей с паратрофией типично все, кроме:

- а) рецидивирование
- б) выраженная дыхательная недостаточность
- в) обструктивные наслоения
- г) несоответствие клинических и физикальных данных
- д) рефрактерность к лечению

Вариант 13.

1. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:

- а) хорошая прибавка в массе
- б) низкий тургор тканей
- в) хорошее психомоторное развитие ребенка
- г) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка
- д) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка
- е) наличие железодефицитной анемии

2. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

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

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

- а) не показаны
- б) I степени
- в) II степени
- г) III степени

Вариант 14.

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- а) алиментарные факторы
- б) инфекционные заболевания
- в) несвоевременная вакцинопрофилактика
- г) генетические факторы
- д) сахарный диабет у матери
- е) железодефицитная анемия

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

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. К паратрофии относятся состояния с:

- а) дефицитом массы более 10%
- б) избытком массы от 5 до 10%
- в) избытком массы от 10% до 20%
- г) избытком массы и роста более 10%
- д) дефицитом массы более 15%

Вариант 15.

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

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) микроэлементов
- д) витаминов

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

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие продукты питания следует ограничить при паротрофии у детей?

- а) овощи
- б) сладкие фрукты
- в) каши
- г) цитрусовые
- д) мясо

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Хронические расстройства питания».

Вариант 1. 1-а,в,г; 2-в; 3-г

Вариант 2. 1-а,б,г; 2-б; 3-в

Вариант 3 1-а; 2-в; 3-б,г

Вариант 4. 1-в; 2-а; 3-а,в

Вариант 5. 1-г; 2-б; 3-д

Вариант 6 1-в; 2-г; 3-б

Вариант 7. 1-г; 2-а; 3-д

Вариант 8. 1-г; 2-а; 3-в

Вариант 9. 1-в; 2-б,г; 3-г

Вариант 10. 1-г; 2-в; 3-в

Вариант 11. 1-д 2-б; 3-в

Вариант 12. 1-е; 2-г; 3-д

Вариант 13. 1-а,в,г; 2-в; 3-г

Вариант 14. 1-а,б,г; 2-б; 3-в

Вариант 15 1-а; 2-в; 3-б,г

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности крови и кроветворения. Железодефицитная анемия»

Вариант 1.

1. Основной этиологический фактор железодефицитной анемии:

- а) дефицит железа в организме;
- б) недоношенность;
- в) многоплодие
- г) переносимость
- д) аномалии конституции

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии;
- б) состояние после резекции желудка;
- в) синдром нарушенного кишечного всасывания;
- г) плохая переносимость препаратов железа
- д) легкая степень анемии

3. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:

- а) первый триместр беременности
- б) второй триместр беременности
- в) третий триместр беременности
- г) первые 3 недели беременности
- д) первые 8 недель беременности

Вариант 2

1. Для железодефицитной анемии не характерно:

- а) снижение уровня гемоглобина;
- б) снижение содержания эритроцитов;
- в) увеличение цветового показателя;
- г) пойкилоцитоз
- д) снижение содержания общего железа в сыворотке крови

2. К сидеропеническим симптомам железодефицитной анемии относятся:

- а) бледность кожных покровов;
- б) ангулярный стоматит;
- в) извращенщ вкуса;
- г) оральный цианоз
- д) афтозный стоматит

3. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

- а) нормохромной
- б) гиперхромной
- в) гипохромной

Вариант 3

1. Для железодефицитной анемии характерно

- а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;
- б) снижение уровня транспортного железа;
- в) гипохромия эритроцитов;
- г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови
- д) нейтрофильный лейкоцитоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

- а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,
- б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;
- в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л
- г) легкая степень анемия
- д) средняя степень анемии

3. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

- а) гипоплазией
- б) аплазией
- в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови
- г) напряженностью лейкопоэза

д) всем вышеперечисленным

Вариант 4

1. Постнатальные факторы риска развития железодефицитной анемии:

- а) искусственное вскармливание адаптированными смесями;
- б) недоношенные дети;
- в) несвоевременное пережатие пуповины;
- г) хронические заболевания кишечника
- д) все вышеперечисленное

2. Основные звенья патогенеза железодефицитной анемии:

- а) гипоксия
- б) снижение активности ферментов;
- в) интоксикация;
- г) иммунокомплексный механизм
- д) аутоиммунный механизм

3. При железодефицитной анемии выявляется снижение:

- а) процента насыщения трансферрина
- б) уровня сывороточного железа
- в) уровня ферритина в сыворотке
- г) концентрации гемоглобина в эритроците
- д) железосвязывающей способности сыворотки крови

Вариант 5

1. Для железодефицитной анемии характерно:

- а) снижение количества эритроцитов в единице объема крови;
- б) снижение уровня гемоглобина;
- в) снижение цветового показателя;
- г) макроцитоз
- д) лейкоцитоз

2. Антенатальные факторы риска развития железодефицитной анемии

- а) фетоплацентарные кровотечения;
- б) анемия у матери в первые 3 месяца беременности;
- в) токсикозы беременности
- г) искусственное вскармливание
- д) хронические заболевания кишечника

3. Депонированное железо представлено в организме в виде:

- а) двуокиси железа
- б) гемосидерина
- в) закиси железа
- г) ферритина
- д) всем вышеперечисленным

Вариант 6

1. К общеанемическим симптомам железодефицитной анемии относятся:

- а) извращение вкуса;
- б) очаги депигментированной кожи;
- в) головокружения;
- г) бледность кожных покровов
- д) афтозный стоматит

2. Суточная терапевтическая доза элементарного железа для лечения железодефицитной анемии у детей до 3-летнего возраста:

- а) 5-8 мг в сутки;
- б) 100-120 мг в сутки;
- в) 5-8 мг/кг в сутки;
- г) 50-80 мг в сутки
- д) 200 мг в сутки

3. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются:

- а) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
- б) синдром мальабсорбции
- в) инфекционные заболевания
- г) аплазия костного мозга
- д) повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды
- е) ювенильные маточные кровотечения у девочек

Вариант 7.

1. Интранатальные факторы риска развития железодефицитной анемии:

- а) многоплодие;
- б) поздняя перевязка пуповины;
- в) преждевременная перевязка пуповины;
- г) недоношенность
- д) рахит

2. Принципы лечения железодефицитной анемии:

- а) терапия препаратами железа должна прекращаться сразу после нормализации уровня гемоглобина в крови;
- б) всем больным с анемией третьей степени тяжести показаны переливания крови;
- в) всем больным с железодефицитной анемией показано назначение препаратов железа;
- г) предпочтение должно отдаваться препаратам железа перорального приема
- д) предпочтение должно отдаваться препаратам железа парентерального приема

3. Клинические симптомы железодефицитной анемии:

- а) нарастающая бледность кожных покровов
- б) лимфаденопатия
- в) утомляемость, раздражительность
- г) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- д) гектическая лихорадка

е) систолический шум с максимумом на верхушке

Вариант 8

1 У детей первых двух лет жизни основным фактором риска развития железо дефицитной анемии является:

- а) синдром мальабсорбции'
- б) алиментарный дефицит железа;
- в) недоношенность;
- г) гормональные нарушения обмена железа в организме
- д) частые ОРВИ

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии
- б) неспецифический язвенный колит
- в) острые респираторные вирусные заболевания
- г) хронический энтероколит
- д) легкая степень анемии

3. Принципами лечения железодефицитных анемий являются:

- а) заместительная терапия препаратами крови
- б) витаминотерапия витамином С
- в) витаминотерапия витаминами группы В
- г) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками
- д) назначение препаратов железа
- е) глюкокортикоидная терапия

Вариант 9

1. После нормализации уровня гемоглобина в крови лечение препаратами железа должно продолжаться:

- а) 2-3 месяца;
- б) не более 2 недель;
- в) сразу заканчиваться;
- г) 3-4 месяца
- д) не более 10 дней

2. В патогенезе железодефицитной анемии имеют значение:

- а) гиперкапния;
- б) гипервентиляция;
- в) нарушение активности ферментов
- г) гипоксия
- д) ацидоз

3. Большая часть железа всасывается в желудочно-кишечном тракте в:

- а) желудке
- б) двенадцатиперстной кишке
- в) сигмовидной кишке
- г) поперечноободочной кишке

д) прямой кишке

Вариант 10

1. Снижением активности железосодержащих ферментов обусловлены следующие симптомы анемии:

- а) бледность кожных покровов;
- б) снижение аппетита;
- в) ангулярный стоматит;
- г) миокардиодистрофия
- д) акроцианоз

2. Дети, получающие препараты железа, должны осматриваться педиатром:

- а) 1 раз в три месяца;
- б) 1 раз в месяц;
- в) 1 раз в две недели;
- г) 1 раз в шесть месяцев
- д) 1 раз в неделю

3. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляются:

- а) шизоцитоз
- б) анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
- в) сфероцитоз
- г) пойкилоцитоз
- д) мишеневидные эритроциты

Вариант 11

1. Для железодефицитной анемии характерно:

- а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;
- б) снижение уровня транспортного железа;
- в) гипохромия эритроцитов;
- г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови
- д) лейкоцитоз

2. Основные звенья патогенеза железодефицитной анемии:

- а) гипоксия;
- б) снижение активности ферментов;
- в) интоксикация;
- г) иммунокомплексный механизм
- д) аутоиммунный механизм

3. Уровень гемоглобина (г/л) сразу после рождения у ребенка составляет:

- а) 100-140
- б) 120-140
- в) 160-180
- г) 180-240
- д) 100-110

Вариант 12

1. К общеанемическим симптомам железодефицитной анемии относятся:

- а) извращение вкуса;
- б) очаги депигментированной кожи;
- в) головокружения;
- г) бледность кожных покровов
- д) акроцианоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

- а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,
- б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;
- в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л
- г) легкая степень анемии
- д) средняя степень анемии

3. У детей в возрасте старше 1 года уровень гемоглобина (г/л) составляет;

- а) 100-140
- б) 110-130
- в) 120-140
- г) 160-180
- д) 100-110

Вариант 13.

1. Основной этиологический фактор железодефицитной анемии:

- а) дефицит железа в организме;
- б) недоношенность;
- в) многоплодие
- г) переносимость
- д) аномалии конституции

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии;
- б) состояние после резекции желудка;
- в) синдром нарушенного кишечного всасывания;
- г) плохая переносимость препаратов железа
- д) легкая степень анемии

3. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:

- а) первый триместр беременности
- б) второй триместр беременности
- в) третий триместр беременности
- г) первые 3 недели беременности
- д) первые 8 недель беременности

Вариант 14

1. Для железодефицитной анемии не характерно:

- а) снижение уровня гемоглобина;
- б) снижение содержания эритроцитов;
- в) увеличение цветового показателя;
- г) пойкилоцитоз

д) снижение содержания общего железа в сыворотке крови

2. К сидеропеническим симптомам железодефицитной анемии относятся:

а) бледность кожных покровов;

б) ангулярный стоматит;

в) извращенц вкуса;

г) оральный цианоз

д) афтозный стоматит

3. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

а) нормохромной

б) гиперхромной

в) гипохромной

Вариант 15

1. Для железодефицитной анемии характерно

а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;

б) снижение уровня транспортного железа;

в) гипохромия эритроцитов;

г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови

д) нейтрофильный лейкоцитоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,

б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;

в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л

г) легкая степень анемия

д) средняя степень анемии

3. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

а) гипоплазией

б) аплазией

в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

г) напряженностью лейкопоэза

д) всем вышеперечисленным

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности крови и кроветворения у детей.

Железодефицитная анемия».

Вариант 1. 1-а, 2-б,в, 3-в

Вариант 2. 1-б,в, 2-б,в, 3-в

Вариант 3. 1-б,в, 2-б, 3-в

Вариант 4. 1-б,г, 2-а,б, 3- а,б,в,г

Вариант 5. 1-б,в, 2-а,в, 3-б,г

Вариант 6. 1-в,г, 2-в, 3-а,б,в,д,е

Вариант 7. 1-б,в, 2-в,г, 3-а,в,г,е

Вариант 8. 1-б, 2-б,г, 3-б,в,г,д

Вариант 9. 1-а, 2-в,г, 3-б

Вариант 10. 1-б,г, 2-в, 3-б,г

Вариант 11. 1-б,в, 2-а,б, 3-г

Вариант 12. 1-в,г, 2-б,3-в

Вариант 13. 1-а, 2-б,в, 3-в

Вариант 14. 1-б,в, 2-б,в, 3-в

Вариант 15. 1-б,в, 2-б, 3-в

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Семиотика поражения. Бронхиты.»

Вариант №1

1. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры
- б) большие размеры
- в) более широкие просветы
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

2. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе
- б) замедление ЧСС при вдохе
- в) учащение ЧСС при выдохе
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

3. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита;
- б) плеврита;
- в) фарингита;
- г) трахеита;
- д) пневмонии

Вариант 2

1. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов
- г) бедную васкуляризацию
- д) выраженную васкуляризацию

2. «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

- а) клинический анализ крови
- б) рентгенография легких

- в) иммунограмма
- г) бронхоскопия
- д) бронхография

3. Для острого бронхиолита характерно преимущественное воспаление слизистой:

- а). мелких бронхов
- б). трахеи
- в). крупных бронхов
- г). бронхиол
- д). гортани

Вариант 3

1. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный;
- б) широкий;
- в) узкий;
- г) короткий;
- д) тонкий

2. Наиболее широко при лечении бронхитов используются:

- а). пенициллиновые производные
- б). фторхинолоны
- в). цефалоспорины
- г). тетрациклины
- д). сульфаниламиды

3. Тимпанический оттенок перкуторного звука наблюдается при:

- а) эмфиземе;
- б) пневмонии;
- в) плевритах;
- г) каверне;
- д) бронхите

Вариант 4

1. Выделите причины врожденного стридора

- а) мягкость хрящей трахеи
- б) отсутствие хрящей трахеи
- в) подвижность трахеи
- г) отсутствие мышечных волокон в перепонке трахеи
- д) отсутствие соединительнотканых элементов в перепонке трахеи

2. Выделяют следующие клинические формы бронхитов, кроме:

- а).острый бронхит
- б).подострый бронхит
- в).затяжной бронхит
- г).рецидивирующий бронхит
- д).хронический бронхит

3. Диагноз: «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

- а) клинический анализ крови
- б) рентгенография легких
- в) иммунограмма
- г) бронхоскопия
- д) бронхография

Вариант 5

1. Для крупа характерно:

- а) свистящий выдох
- б) свистящий вдох
- в) грубый лающий кашель
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. Ослабление везикулярного дыхания наблюдается при:

- а) бронхитах
- б) кавернах
- в) пневмониях
- г) плевритах
- д) трахеитах

3. Внутрибольничные острые бронхиты чаще всего вызываются:

- а) пневмококком
- б) гемофильной палочкой
- в) стафилококком
- г) стрептококком
- д) грамотрицательной флорой

Вариант 6

1. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

- а) 40
- б) 60

в) 80

г) 30

д) 20

2. Обструктивный характер бронхита наиболее часто вызывают:

а) РС – вирусы

б) риновирусы

в) энтеровирусы

г) микоплазмы

д) аденовирусы

3. К отхаркивающим препаратам относятся:

а) карбоцистеин

б) лазолван

в) бронхikum

г) бромгексин

д) ацетилцистеин

Вариант 7

1. Нормальная частота дыхания ребенка 1 года в минуту:

а) 40

б) 60

в) 30

г) 35

д) 20

2. Диагноз: «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

а) клинический анализ крови

б) рентгенография легких

в) иммунограмма

г) бронхоскопия

д) бронхография

3. К муколитическим препаратам относятся следующие препараты:

а) ацетилцистеин

б) карбоцистеин

в) бронхikum

г) бромгексин

д) лазолван

Вариант 8

1. Для пуэрильного дыхания характерно:

- а) удлиненный выдох
- б) затрудненный выдох
- в) хорошо слышен вдох
- г) шумное дыхание
- д) затрудненный вдох

2. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры;
- б) большие размеры;
- в) более широкие просветы;
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

3. Рецидивирующий бронхит клинически характеризуется:

- а) повторением эпизодов острого бронхита 3 – 4 раза и более в год
- б) повторением эпизодов острого бронхита 2 – 3 раза в год
- в) склонностью к затяжному течению
- г) прогрессирование вентиляционной недостаточности
- д) длительный (более 9 – 10 мес.) кашель

Вариант 9

1. Влажные хрипы характерны для:

- а) отека легких
- б) бронхита
- в) ларингита
- г) всего перечисленного
- д) трахеита

2. При хроническом бронхите ведущая роль в развитии болезни принадлежит:

- а) цитомегаловирусу
- б) бактериям
- в) грибам
- г) энтеровирусам
- д) вирусу кори

3. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов

- г) бедную васкуляризацию
- д) богатую васкуляризацию

Вариант 10

1. Ослабление везикулярного дыхания наблюдается при:

- а) бронхитах
- б) кавернах
- в) пневмониях
- г) плевритах
- д) трахеитах

2. При обструктивном бронхите на рентгенограмме определяется:

- а) усиление легочного рисунка за счет перибронхиальной инфильтрации
- б) усиление легочного рисунка за счет выраженного сосудистого и интерстициального компонента
- в) уменьшение структурности и четкости прикорневых зон
- г) повышение прозрачности периферических отделов легких
- д) очаги затемнения в легких

3. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный
- б) широкий
- в) узкий
- г) короткий
- д) тонкий

Вариант 11

1. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры
- б) большие размеры
- в) более широкие просветы
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

2. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов
- г) бедную васкуляризацию
- д) богатую васкуляризацию

3. Рецидивирующий бронхит клинически характеризуется:

- а) повторением эпизодов острого бронхита 3 – 4 раза и более в год
- б) повторением эпизодов острого бронхита 2 – 3 раза в год
- в) склонностью к затяжному течению
- г) прогрессирование вентиляционной недостаточности
- д) длительный (более 9 – 10 мес.) кашель

Вариант 12

1. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе;
- б) замедление ЧСС при вдохе;
- в) учащение ЧСС при выдохе;
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

2. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита;
- б) плеврита;
- в) фарингита;
- г) трахеита;
- д) пневмония

3. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный
- б) широкий
- в) узкий
- г) короткий
- д) тонкий

Вариант 13

1. Выделите причины врожденного стридора

- а) мягкость хрящей трахеи
- б) отсутствие хрящей трахеи
- в) подвижность трахеи
- г) отсутствие мышечных волокон в перепонке трахеи
- д) отсутствие соединительнотканых волокон

2. Наиболее широко при лечении бронхитов используются:

- а) пенициллиновые производные
- б) фторхинолоны

- в) цефалоспорины
- г) тетрациклины
- д) сульфаниламиды

3. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

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

Вариант 14

1. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

- а) 40
- б) 60
- в) 20
- г) 35
- д) 20

2. Выделяют следующие клинические формы бронхитов, кроме:

- а) острый бронхит
- б) подострый бронхит
- в) затяжной бронхит
- г) рецидивирующий бронхит
- д) хронический бронхит

3. Для пуррильного дыхания характерно:

- а) удлиненный выдох
- б) затрудненный выдох
- в) хорошо слышен вдох
- г) шумное дыхание
- д) затрудненный вдох

Вариант 15

1. Влажные хрипы характерны для:

- а) отека легких
- б) бронхита
- в) ларингита
- г) трахеита
- д) всего перечисленного

2. Для острого бронхиолита характерно преимущественное воспаление слизистой:

- а) мелких бронхов

- б) трахеи
- в) крупных бронхов
- г) бронхиол
- д) гортани

3. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита
- б) плеврита
- в) фарингита
- г) трахеита
- д) пневмонии

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: Анатомо-физиологические особенности органов дыхания, семиотика поражения. Бронхиты.

Билет	Вопросы		
	1	2	3
1	а, г	а, г	в, г
2	а, б	г, д	а, г
3	б, г	а, в	а, г
4	а, в	б	г, д
5	б, в	а, б	д
6	а, б	а	б, в, г
7	в, г	г, д	а, б
8	а, в	б, в	а, в
9	а, б	б, в	а, б
10	в, г	а, в	б, г
11	а, г	а, б	а, в
12	а, г	в, б	б, г
13	а, в	а, в	а, б
14	а, б	б	а, в
15	а, б	г	в, г

**Вопросы тестового контроля по теме :
«Острые пневмонии у детей»**

Вариант 1.

1. Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

1. клинический анализ крови
2. бронхоскопия
3. бронхография
4. рентгенография легких
5. томография

2. Развитие деструкции легочной ткани характерно для пневмонии, вызванной:

1. пневмококком
2. стафилококком
3. пневмоцистами
4. хламидиями
5. гемофильной палочкой

3. К наиболее частым осложнениям пневмонии у детей относятся:

1. судорожный синдром
2. надпочечниковая недостаточность
3. дыхательная недостаточность
4. кишечный токсикоз
5. острая почечная недостаточность

Вариант 2.

1. При лечении пневмонии, вызванной хламидиями, препаратами выбора являются:

1. «защищенные» пенициллины
2. цефалоспорины
3. фторхинолоны.
4. макролиды
5. аминогликозиды

2. Пневмонии по морфологической форме делятся на:

1. очаговые
2. односторонние
3. интерстициальные
4. крупозные
5. сегментарные

3. Легочными осложнениями при пневмонии считаются:

1. деструкция
2. абсцедирование
3. плеврит
4. пневмоторакс

5 острое легочное сердце

Вариант 3.

1. При затяжном течении пневмонии дифференциальный диагноз проводится с:

1. первичным туберкулезом легких
2. муковисцидозом
3. хроническим бронхитом
4. облитерирующим бронхиолитом
5. бронхиальной астмой

2. Для пневмонии, вызванной атипичной флорой, характерны:

1. гипертермия
2. нормальная температура тела
3. фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
4. диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
5. острое начало

3. По течению острая пневмония бывает:

1. острая
2. подострая
3. затяжная
4. рецидивирующая
5. латентная

Вариант 4.

1. Деструкция легочной ткани возможна при пневмонии, вызванной:

1. стафилококком
2. стрептококком
3. пневмококком
4. синегнойной палочкой
5. цитомегаловирусом

2. Локальная физикальная симптоматика при острой пневмонии включает следующие симптомы:

1. укорочение перкуторного звука
2. ослабление дыхания
3. коробочный характер звука
4. ассиметричные влажные хрипы
5. симметричные сухие хрипы

3. Для острой очаговой пневмонии характерно перечисленное, кроме:

- 1.кашель
- 2.гипертермия
- 3.коробочный характер перкуторного звука
- 4.ослабленное дыхание
- 5.везикулярное дыхание

Вариант 5.

1.Эффективными при стрептококковой пневмонии являются:

1. пенициллин
2. ампициллин
3. макролиды
4. левомецетин
5. метронидазол

2.К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:

- 1.плеврит
- 2.кардит
- 3.септический шок
- 4.пиопневмоторакс
- 5.ДВС – синдром

3.Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

- 1.пневмококк
- 2.гемофильная палочка
- 3.стафилококки
- 4.клебсиелла
- 5.синегнойная палочка

Вариант 6.

1. Эффективными при пневмонии, вызванной *Haemophilus influenzae*, являются:

1. амоксилав
2. цефтриаксон
3. цефуроксим
4. сумамед
5. метронидазол

2.Атипичные пневмонии, как правило, вызываются:

- 1.микоплазмами
- 2.синегнойной палочкой
- 3.протеем
- 4.вирусами
- 5.хламидиями

3.У детей первых 6 месяцев жизни среди бактериальных возбудителей острой пневмонии преобладают:

- 1.стафилококки
- 2.пневмококк
- 3.гемофильная палочка
- 4.кишечная палочка
- 5.стрептококк

Вариант 7.

1.Эффективными при микоплазменной пневмонии являются:

1. эритромицин
2. сумамед
3. ампициллин
4. гентамицин
5. метронидазол

2.Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

- 1.пневмококк
- 2.гемофильная палочка
- 3.стафилококки
- 4.клебсиелла
- 5.синегнойная палочка

3.Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

- 1.клинический анализ крови
- 2.бронхоскопия
- 3.бронхография
- 4.рентгенография легких
- 5.томография

Вариант 8.

1.Кортикостероиды при острой пневмонии назначают как средство борьбы с:

1. шоком
2. отеком мозга
3. отеком легкого
4. ДВС-синдромом
5. кашлем

2.У детей первых 6 месяцев жизни среди бактериальных возбудителей острой пневмонии преобладают:

- 1.стафилококки
- 2.пневмококк
- 3.гемофильная палочка
- 4.кишечная палочка
- 5.стрептококк

3. К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:

- 1.плеврит
- 2.кардит
- 3.септический шок
- 4.пиопневмоторакс
- 5.ДВС – синдром

Вариант 9.

1.К муколитическим препаратам относятся следующие препараты:

- 1.ацетилцистеин
- 2.карбоцистеин
- 3.бронхикум
- 4.бромгексин
- 5.амброгексал

2.Для острой очаговой пневмонии характерно перечисленное, кроме:

- 1.кашель
- 2.гипертермия
- 3.коробочный характер перкуторного звука
- 4.ослабленное дыхание
- 5.везикулярное дыхание

3.Для пневмонии, вызванной атипичной флорой, характерны :

- 1.гипертермия
- 2.нормальная температура тела
- 3.фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
- 4.диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
- 5.острое начало

Вариант 10.

1.Пневмонии по клинико-рентгенологическим данным делятся на:

- 1.очаговые
- 2.односторонние
- 3.интерстициальные
- 4.крупозные
- 5.сегментарные

2.По течению острая пневмония бывает:

- 1.острая
- 2.подострая
- 3.затяжная
- 4.рецидивирующая
- 5.латентная

3. Локальная физикальная симптоматика при острой пневмонии включает следующие симптомы:

1. укорочение перкуторного звука
2. ослабление дыхания
3. коробочный характер звука
4. ассиметричные влажные хрипы
5. симметричные сухие хрипы

Вариант 11

1. Эффективными при хламидийной пневмонии являются:

1. макролиды
2. аминогликозиды
3. цефалоспорины 2 поколения
4. цефалоспорины 3 поколения
5. карбопены

2. Острая пневмония - это воспалительное заболевание легких, продолжающееся не более:

1. 1 недели
2. 2 недель
3. 3 недель
4. 4 недель
5. 6 недель

3. К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:

1. плеврит
2. кардит
3. септический шок
4. пиопневмоторакс
5. ДВС – синдром

Вариант 12

1. Пневмония, вызванная атипичной флорой, подтверждается следующими исследованиями:

1. бронхоскопия
2. бронхография
3. рентгенография легких
4. иммунограмма
5. определение титра антител к возбудителям

2. Кортикостероиды при острой пневмонии назначают как средство борьбы с:

1. шоком
2. отеком мозга
3. отеком легкого
4. ДВС-синдромом

5. кашлем

3. Атипичные пневмонии, как правило, вызываются:

1. микоплазмами
2. синегнойной палочкой
3. протеем
4. вирусами
5. хламидиями

Вариант 13.

1. Легочными осложнениями при пневмонии считаются:

1. деструкция
2. абсцедирование
3. плеврит
4. пневмоторакс
5. острая сердечная недостаточность

2. Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

1. клинический анализ крови
2. бронхоскопия
3. бронхография
4. рентгенография легких
5. томография

3. При лечении пневмонии, вызванной атипичной флорой, препаратами выбора являются:

1. полусинтетические пенициллины
2. цефалоспорины 4 поколения
3. фторхинолоны
4. макролиды
5. аминогликозиды

Вариант 14.

1. Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

1. пневмококк
2. гемофильная палочка
3. стафилококки
4. клебсиелла
5. синегнойная палочка

3. Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

1. клинический анализ крови
2. бронхоскопия
3. бронхография
4. рентгенография легких
5. томография

3. Эффективными при пневмонии, вызванной *Neisseria meningitidis*, являются:

1. амоксицилин
2. цефтриаксон
3. цефуроксим
4. сумамед
5. метронидазол

Вариант 15.

1. Для деструктивной пневмонии стафилококковой этиологии характерно:

1. высокая лихорадка
2. двустороннее поражение
3. одностороннее поражение
4. плевральные осложнения
5. дыхательная недостаточность

2. Для хламидийной пневмонии характерны :

1. гипертермия
2. нормальная температура тела
3. фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
4. диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
5. острое начало

3. По течению острая пневмония бывает:

1. острая
2. подострая
3. затяжная
4. рецидивирующая
5. латентная

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: Острые пневмонии у детей

Билет	Вопросы		
	1	2	3

1	1,4	1,2	3
2	4	1,3,4,5	1,2,3,4
3	1,2	2,4	1,3
4	1,2,3,4	1,2,4	3,5
5	1,2,3	1,4	1,2
6	1,2,3	1,5	1,4
7	1,2	1,2	1,4
8	1,2,3,4	1,4	1,4
9	1,2	3,5	2,4
10	1,3,4,5	1,3	1,2,4
11	1	5	1,4
12	5	1,2,3,4	1,5
13	1,2,3,4	1,4	4
14	1,2	1,4	1,2,3.
15	1,3,4,5	2,4	1,3

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы, семиотика поражения. Неревматические кардиты.»

Вариант №1

1. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе
- б) замедление ЧСС при вдохе
- в) учащение ЧСС при выдохе
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

Вариант 2

1. Для функциональных сердечных шумов у детей характерно:

- а) проведение за пределы области сердца;
- б) ограничение проведения шума;
- в) мягкие;
- г) жесткие;
- д) грубые

2. Норма ЧСС у новорожденных в минуту:

- а) 100

- б) 110
- в) 120
- г) 140
- д) 90

Вариант 3

1. Эмбриокардия - это:
- а) равенство между I и II тонами
 - б) равенство между II и I тонами
 - в) большая пауза между I и II тонами
 - г) большая пауза между II и I тонами
 - д) короткая пауза между I и II тонами

Вариант 4

1. Увеличение размеров сердца вправо наблюдается при:
- а) аортальных пороках
 - б) стенозе легочной артерии
 - в) дефекте межпредсердной перегородки
 - г) коарктации аорты
 - д) открытом артериальном протоке
2. При расспросе при поражении сердца менее обращают внимание на:
- а) характер стула
 - б) наличие рвоты
 - в) малую прибавку в массе
 - г) одышку
 - д) цианоз

Вариант 5

2. Увеличение границ сердца наблюдается при:
- а) экссудативном перикардите
 - б) гипертрофии миокарда
 - в) острой пневмонии
 - г) остром бронхите
 - д) дополнительной хорде левого желудочка

Вариант 6

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет
- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
 - б) левая - по левой среднеключичной линии
 - в) верхняя - III ребро

- г) верхняя - II ребро
- д) верхняя IV ребро

2. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:

- а) III реберно-верхняя;
- б) II ребро - верхняя;
- в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, снаружи;
- г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнутри;
- д) IV ребро - верхняя

Вариант 7

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет:

- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- б) левая – по левой среднеключичной линии
- в) верхняя – III ребро
- г) верхняя – II ребро
- д) верхняя - IV

2. Эмбриокардия - это:

- а) равенство между I и II тонами
- б) равенство между II и I тонами
- в) большая пауза между I и II тонами
- г) большая пауза между II и I тонами
- д) короткая пауза между I и II тонами

Вариант 8

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 5 лет:

- а) верхняя - II ребро
- б) верхняя - II межреберье
- в) левая - на 1-2 см снаружи от левой среднеключичной линии
- г) левая - на 1-2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- д) верхняя – IV ребро

Вариант 9

1. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:

- а) III реберно-верхняя;
- б) II ребро - верхняя;

- в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнаружи;
- г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнутри;
- д) верхняя – IV ребро

Вариант 10

1. При расспросе при поражении сердца менее обращают внимание на:

- а) характер стула
- б) наличие рвоты
- в) малую прибавку в массе
- г) одышку
- д) цианоз

Вариант 11

1. Для функциональных сердечных шумов у детей характерно:

- а) проведение за пределы области сердца;
- б) ограничение проведения шума;
- в) мягкие;
- г) жесткие;
- д) грубые

Вариант 12

1. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе;
- б) замедление ЧСС при вдохе;
- в) учащение ЧСС при выдохе;
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

Вариант 13

1. Увеличение размеров сердца вправо наблюдается при:

- а) аортальных пороках
- б) стенозе легочной артерии
- в) дефекте межпредсердной перегородки
- г) коарктации аорты
- д) открытом артериальном протоке

Вариант 14

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет

- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- б) левая - по левой среднеключичной линии
- в) верхняя - III ребро
- г) верхняя - II ребро
- д) верхняя IV ребро

Вариант 15

2. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:

- а) III реберно-верхняя
- б) 11 ребро - верхняя
- в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнаружи
- г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнутри
- д) IV ребро – верхняя

Эталоны ответов к тестовому контролю по теме Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей, семиотика поражения. Неревматические кардиты.

Билет	Вопросы		
	1	2	3
1	а,г		
2	б,в	в,г	
3	а,б		
4	б,в	а,б	
5	а,б		
6	а,в	б,в	
7	б,в	а,б	
8	б,в		
9	б,в		
10	а,б		
11	б,в		
12	а,г		
13	б,в		
14	б,в		
15	б,в		

**Тестовый контроль по теме:
«Организация работы детской поликлиники»**

Вариант №1

1. Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

- 1.1 день
- 2.2 день
- 3.5 день
- 4.6 день
- 5.7 день

2. Здоровые новорожденные дети наблюдаются педиатром на первом месяце жизни:

- 1.2 раза
- 2.3 раза
- 3. не менее 4 раз
- 4.7 раз
- 5.8 раз

3. В какие сроки проводится здоровому новорожденному ребенку 1-я прививка против туберкулеза:

- 1.1 день жизни
- 2.4-7 день жизни
- 3.6 день
- 4.в 3 недели
- 5.в 1 месяц

Вариант №2

1. Дети группы риска (II группа здоровья) наблюдаются на первом году жизни:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месяц
- 3.4 раза в месяц
- 4.1 раз в месяц
- 5. по индивидуальному плану

2. Профилактические прививки проводятся с целью предупреждения у детей :

- 1. хронических заболеваний
- 2. аллергических заболеваний
- 3. инфекционных заболеваний
- 4. простудных заболеваний

5.онкологических заболеваний

3.Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №3

1.Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев
- 5.1 раз в год

2.Прививки детям проводятся:

- 1.в комнате здорового ребенка
- 2.в кабинете участкового педиатра
- 3.в прививочном кабинете
- 4.в перевязочном кабинете
- 5.дома

3.Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

- 1.амбулаторно
- 2.в общесоматическом отделении
- 3.в отделении неонатологии
- 4.в отделении пульмонологии
- 5.дома

Вариант №4

1.Перед проведением профилактических прививок практически здоровым детям необходимо провести следующие обследования:

- 1.клинический анализ крови
- 2.копрограмма
- 3.анализ кала на яйца глистов
- 4.общий анализ мочи
- 5.исследование функциональных проб печени

2.Кратность осмотров здоровых детей врачом-педиатром на 1-м году жизни следующая:

- 1.2 раза в месяц

- 2.3 раза в месяц
- 3.1 раз в 2 месяца
- 4.1 раз в месяц
- 5.1 раз в квартал

3. Больные дети с хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии нуждаются в:

- 1. лечении в стационаре
- 2. реабилитации и диспансерном наблюдении
- 3. обследовании в специализированных отделениях
- 4. амбулаторном лечении
- 5. не нуждаются в лечении

Вариант №5

1. Нагрузка на участкового педиатра должна составлять около:

- 1. 500 детей
- 2. 600 детей
- 3. 700 детей
- 4. 800 детей
- 5. 900 детей

2. Первый дородовый патронаж осуществляется на дому при сроке беременности:

- 1. 10-12 недель
- 2. 12-18 недель
- 3. 13-14 недель
- 4. 15-17 недель
- 5. 18-20 недель

3. Новорожденный поступает обычно под наблюдение детской поликлиники на:

- 1. 3-4 день жизни
- 2. 5-6 день жизни
- 3. 1-2 день жизни
- 4. 7-8 день жизни
- 5. 8-9 день жизни

Вариант №6

1. Второй дородовый патронаж проводится при сроке беременности:

- 1. 24-25 недель
- 2. 28-30 недель
- 3. 30-34 недели
- 4. 36-38 недель
- 5. 39-40 недель

2.С учетом характера течения беременности, пренатальных факторов риска, социально-бытовых условий и ряда других факторов выделяют:

- 1.3 группы риска
- 2.4 группы риска
- 3.5 групп риска
- 4.6 групп риска
- 5.7 групп риска

3.Перед проведением профилактических прививок практически здоровым детям необходимо провести следующие обследования:

- 1.клинический анализ крови
- 2.копрограмма
- 3.анализ кала на яйца глистов
- 4.общий анализ мочи
- 5.исследование функциональных проб печени

Вариант №7

1.Дети, с риском возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости относятся к:

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3 группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5.5 группе здоровья

2.Вакцинация против туберкулеза проводится новорожденным на:

- 1.1-2-й день жизни
- 2.2-3-й день жизни
- 3.3-4-й день жизни
- 4.4-7-й день жизни
- 5.7-8-й день жизни

3. Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №8

1.Здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья относятся к:

- 1.1 группе здоровья
- 2.2-й группе здоровья

- 3.3-й группе здоровья
- 4.4-1 группе здоровья
- 5.5 й группе здоровья

2.Вакцинацию против полиомиелита начинают проводят в возрасте:

- 1.2 мес.
- 2.3 мес.
- 3.4 мес.
- 4.5 мес.
- 5.6 мес.

3.Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

- 1.1 день
- 2.2 день
- 3.5 день
- 4.6 день
- 5.7 день

Вариант №9

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5. 5 группе здоровья

2.Вакцинация против кори проводится в возрасте:

- 1.9-10 мес.
- 2.5 мес.
- 3.10-11мес.
- 4.12-15 мес.
- 5.18 мес.

3.Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев
- 5.1 раз в год

Вариант №10

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
5. 5 группе здоровья

2.Вакцинация против эпидпаротита проводится в возрасте:

- 1.9-10 мес.
- 2.5 мес.
- 3.10-11мес.
- 4.12-15 мес.
- 5.18 мес.

3.Кратность осмотров здоровых детей врачом-педиатром на 1-м году жизни следующая:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месяц
- 3.1 раз в 2 месяца
- 4.1 раз в месяц
- 5.1 раз в квартал

Вариант №11

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
5. 5 группе здоровья

2.Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

- 1.9-10 мес.
- 2.5 мес.
- 3.10-11мес.
- 4.12-15 мес.
- 5.18 мес.

3.Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант № 12

1. Группа здоровья определяется по следующим критериям

1. уровень гармоничности физического и нервно-психического развития
2. степень резистентности и сопротивляемости организма
3. функциональное состояние органов и систем
4. наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков
5. социально-бытовые условия, пренатальные факторы риска

2. Прививки детям проводятся:

1. в комнате здорового ребенка
2. в кабинете участкового педиатра
3. в прививочном кабинете
4. в перевязочном кабинете
5. дома

3. Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

1. амбулаторно
2. в общесоматическом отделении
3. в отделении неонатологии
4. в отделении пульмонологии
5. дома

Вариант №13

1. Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

1. 1 день
2. 2 день
3. 5 день
4. 6 день
5. 7 день

2. Здоровые новорожденные дети наблюдаются педиатром на первом месяце жизни:

1. 2 раза
2. 3 раза
3. не менее 4 раз
4. 7 раз
5. 8 раз

3. В какие сроки проводится здоровому новорожденному ребенку 1-я прививка против туберкулеза:

1. 1 день жизни
2. 4-7 день жизни

- 3.6 день
- 4.в 3 недели
- 5.в 1 месяц

Вариант №14

1. Дети группы риска (II группа здоровья) наблюдаются на первом году жизни:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месц
- 3.4раза в месц
- 4.1 раз в месяц
- 5.по индивидуальному плану

2.Профилактические прививки проводятся с целью предупреждения у детей :

- 1.хронических заболеваний
- 2.аллергических заболеваний
- 3.инфекционных заболеваний
- 4.простудных заболеваний
- 5.онкологических заболеваний

3.Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №15

1.Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев
- 5.1 раз в год

2.Прививки детям проводятся:

- 1.в комнате здорового ребенка
- 2.в кабинете участкового педиатра
- 3.в прививочном кабинете
- 4.в перевязочном кабинете
- 5.дома

3. Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

1. амбулаторно
2. в общесоматическом отделении
3. в отделении неонатологии
4. в отделении пульмонологии
5. дома

Эталоны ответов по теме: Организация работы детской поликлиники

Вариант 1 1-2; 2-3; 3-2

Вариант 2 1-5; 2-3; 3-3

Вариант 3 1-2; 2-3; 3-4

Вариант 4 1-1,4; 2-4; 3-2

Вариант 5 1-4; 2-2; 3-2

Вариант 6 1-3; 2-5; 3-1,4

Вариант 7 1-2; 2-4; 3-3

Вариант 8 1-1; 2-2; 3-2

Вариант 9 1-3; 2-4; 3-2

Вариант 10 1-4; 2-4; 3-4

Вариант 11 1-5; 2-4; 3-3

Вариант 12 1-5; 2-3; 3-4

Вариант 13 1-2; 2-3; 3-2

Вариант 14 1-5; 2-3; 3-3

Вариант 15 1-2; 2-3; 3-4

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 90 % тестовых заданий.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 75 % тестовых заданий.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно на 60 % тестовых заданий и более.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно менее чем на 60 % тестовых заданий.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.3. Кейс- задания (ситуационные задачи)

Ситуационные задачи по патологии старшего возраста

Ситуационные задачи по теме: «Бронхиальная астма у детей»

Задача №1

Мать девочки 3 лет обратилась в поликлинику по поводу постоянного сухого кашля, беспокоящего ребенка по ночам, на протяжении последних 3 месяцев, а также в связи с

эпизодом свистящего дыхания, возникшего после игры с котенком, продолжавшегося около 30 минут, прошедшего самостоятельно.

Из анамнеза известно, что мать ребенка страдает полинозом. Беременность протекала на фоне пиелонефрита. Грудное вскармливание до 6 месяцев. После перевода на искусственное вскармливание отмечены проявления атопического дерматита на щеках. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре кожа сухая. Зев чистый. Язык «географический». Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 20. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 104. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дать план обследования.
3. Какие формы бронхиальной астмы указаны в рабочей классификации?

Задача № 2

Мальчик 2 лет, поступил в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления цитрусовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез: данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 9 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 9 месяцев после контакта с цветами мимозы у ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации – ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Дать схему лечения больного.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 3

Саша К., 10 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает дерматитом и бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?
3. Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №4

Маша К., 8 лет. Больна бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, э- 9%, м – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Чем характеризуется интермитирующая форма бронхиальной астмы?

Задача № 5

Аня С., 9 лет, стоит на диспансерном учете с 2-х лет с диагнозом «респираторный аллергоз». В 4 года появились типичные приступы удушья, чаще возникающие дома после игры с собакой. Провоцирующими факторами также являются физическая нагрузка и холодная погода. Приступы возникают 2-3 раза в месяц, ночные приступы отсутствуют. Периодически беспокоит сухой кашель.

Наследственность не отягощена. Отмечается аллергическая реакция в виде сыпи на антибиотики пенициллинового ряда. Получает базисную терапию инталом. Родители ребенка обратились к аллергологу с жалобами на сухой кашель и приступ удушья.

При осмотре: физическая активность сохранена. Дыхание форсировано. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в обеих легких. ЧД – 28. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 105. ПСВ – 82%. По данным спирографии выявлены умеренные нарушения бронхиальной проходимости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Что такое базисная терапия?

Задача №6

Миша К., 10 лет, стоит на диспансерном учете с 7 лет с диагнозом бронхиальная астма. Поступил в стационар с жалобами на приступ удушья, сопровождающийся приступообразным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что у отца ребенка дерматит, у бабушки – бронхиальная астма. Приступы удушья возникают ежемесячно, чаще осенью и весной, иногда в ночное время, снимаются беротеком. Отмечается круглогодичная заложенность носа.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. ЧД – 26. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено. В обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Что такое астматический статус?

Задача №7

Мать девочки 4 лет обратилась в поликлинику по поводу сухого кашля, беспокоящего ребенка по ночам, на протяжении последних 3 месяцев, а также в связи с эпизодом свистящего дыхания, возникшего после игры с котенком, продолжавшегося около 30 минут, прошедшего самостоятельно.

Из анамнеза известно, что мать ребенка страдает полинозом. Беременность протекала на фоне пиелонефрита. Грудное вскармливание до 5 месяцев. После перевода на искусственное вскармливание отмечены проявления атопического дерматита на щеках. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре кожа сухая. Зев чистый. Язык «географический». Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 20. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 104. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дать план обследования.
3. Какие формы бронхиальной астмы указаны в рабочей классификации?

Задача № 8

Мальчик 3 лет, поступил в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления citrusовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез: данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 9 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 10 месяцев после контакта с цветами мимозы у ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации –

ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Дать схему лечения больного.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 9

Витя К., 11 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?
3. Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №10

Марина К., 9 лет. Больна бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, э- 9%, м – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Чем характеризуется интермиттирующая форма бронхиальной астмы?

Задача № 11

Катя С., 9 лет, стоит на диспансерном учете с 2-х лет с диагнозом «респираторный аллергоз». В 4 года появились типичные приступы удушья, чаще возникающие дома после игры с собакой. Провоцирующими факторами также являются физическая нагрузка и холодная погода. Приступы возникают 2-3 раза в месяц, ночные приступы отсутствуют. Периодически беспокоит сухой кашель.

Наследственность не отягощена. Отмечается аллергическая реакция в виде сыпи на антибиотики пенициллинового ряда. Получает базисную терапию инталом. Родители ребенка обратились к аллергологу с жалобами на сухой кашель и приступ удушья.

При осмотре: физическая активность сохранена. Дыхание форсировано. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в обеих легких. ЧД – 28. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 105. ПСВ – 82%. По данным спирографии выявлены умеренные нарушения бронхиальной проходимости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Что такое базисная терапия?

Задача №12

Вася К., 11 лет, стоит на диспансерном учете с 7 лет с диагнозом бронхиальная астма. Поступил в стационар с жалобами на приступ удушья, сопровождающийся приступообразным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что у отца ребенка дерматит, у бабушки – бронхиальная астма. Приступы удушья возникают ежемесячно, чаще осенью и весной, иногда в ночное время, снимаются беротеком. Отмечается круглогодичная заложенность носа.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. ЧД – 26. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено. В обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 13

Девочка 2 лет, поступила в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления цитрусовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез: данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 9 месяцев после контакта с цветами мимозы у

ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации – ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Дать схему лечения больного.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 14

Алеша К., 10 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает дерматитом и бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?
3. Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №15

Наташа К., 8 лет. Больна бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, э – 9%, м – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Чем характеризуется интермиттирующая форма бронхиальной астмы?

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме:

«Бронхиальная астма у детей»

Задача № 1

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкое интермиттирующее течение, период обострения.
1. Ребенку следует взять общий анализ крови, иммунограмму, произвести спирографию и пикфлоуметрию.
2. В рабочей классификации указаны две формы бронхиальной астмы: атопическая и неатопическая.

Задача №2

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.
2. Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №3.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.
2. Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.
3. Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 4.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.
2. Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.
3. Интермиттирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Задача №5.

1. Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период.
2. Для снятия приступа следует назначить сальбутамол, теопек, бромгексин, СМТ с папаверином, массаж грудной клетки, усилить базисную терапию инталом.
3. Базисная терапия направлена на снятие аллергического воспаления бронхов.

Задача №6.

1. Диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.
2. План обследования: общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист, исследование протеинограммы, иммунограммы, ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия.
3. Астматический статус – это приступ удушья, продолжающийся

Задача № 7

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкое интермиттирующее течение, период обострения.
3. Ребенку следует взять общий анализ крови, иммунограмму, произвести спирографию и пикфлоуметрию.
4. В рабочей классификации указаны две формы бронхиальной астмы: атопическая и неатопическая.

Задача №8

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.
2. Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №9.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.
2. Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.
3. Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 10.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.
2. Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.
3. Интермиттирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Задача №11.

1. Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период.
2. Для снятия приступа следует назначить сальбутамол, теопек, бромгексин, СМТ с папаверином, массаж грудной клетки, усилить базисную терапию инталом.
3. Базисная терапия направлена на снятие аллергического воспаления бронхов.

Задача №12.

1. Диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.

2. План обследования: общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист, исследование протеинограммы, иммунограммы, ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия.

3. Астматический статус – это приступ удушья, продолжающийся

Задача №13

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.

2. Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №14.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.

2. Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.

3. Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 15.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.

2. Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.

3. Интермиттирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Ситуационные задачи по теме: «Лейкозы у детей»

Задача N 1.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до 37,8°C и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-эхиматозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами 1×1,5 см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%, миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакариоциты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

1. Поставить диагноз,
2. Обосновать диагноз
3. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 2.

Саша Н., 11 лет, поступила с жалобами на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита. Объективно выражены бледность, геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера, увеличены лимфоузлы в области шеи, печень и селезенка выступают на 5-6 см ниже края реберной дуги. Ребенок пониженного питания.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветной показатель – 0,95; тромбоциты – 9,3 тыс; лейкоциты – $2,6 \times 10^9$ /л; бластные клетки – 81%; метамиелоциты – 0,5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 5%; лимфоциты – 11%; моноциты – 0,5%; СОЭ – 30 мм/ч.

В костном мозге – 90% бластных клеток, пероксидазоположительных.

1. Поставить диагноз,
2. Обосновать диагноз.
3. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 3.

Ирина Л., 14 лет. Находилась в клинике повторно, была выписана в стадии полной ремиссии острого миелобластного лейкоза на поддерживающей терапии преднизолоном и 6-меркаптопурином. Стал развиваться побочный синдром Иценко-Кушинга, в связи с чем девочка через три месяца после начала поддерживающей терапии прекратила принимать преднизолон. Через месяц после отмены химиопрепаратов в тяжелом состоянии была доставлена в отделение гематологии.

При поступлении отмечена слабость, резкая бледность, головокружение, над верхушкой сердца выраженный систолический шум, тахикардия, геморрагии на коже, маточное кровотечение; печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка на 6 см ниже; заметный синдром Кушинга; некротическая ангина.

Анализ крови: гемоглобин – 50 г/л; эритроциты – $1,7 \times 10^{12}$; цветовой показатель – 0,99; ретикулоциты – 8%° ; тромбоциты – 20 тыс; лейкоциты - 88×10^9 /л; миелобласты – 84%; миелоциты – 1%; метамиелоциты – 1%; палочкоядерные – 11%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 0; СОЭ – 50 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты – 98%; ретикулярные клетки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз,
2. Обосновать диагноз.
3. Какова дальнейшая тактика.

Задача N 4.

Света Ч., 4 года поступила в отделение гематологии с жалобами на повышение температуры, увеличение лимфатических узлов. Мать считает девочку больной около двух недель, когда у нее стала повышаться температура до 38°C.

Состояние при поступлении тяжелое. Бледность кожи и видимых слизистых, мелкие геморрагии на коже туловища, ног. Лимфатические узлы повсеместно увеличены, размерами 1,5×2 см. Систолический шум над областью сердца, ЧСС 120 в мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,72 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 110 г/л; тромбоциты – 120 тыс; лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 15%; лимфоциты – 80%; моноциты – 3%.

Миелограмма – бласты – 66%. Реакция на миелопероксидазу в бластных клетках отрицательная. Ликвор – форменные элементы не наблюдались.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
2. Составить план дальнейшего обследования
3. Составить план лечения .

Задача N 5.

Дима П., 4,5 лет, поступил с жалобами на быструю утомляемость, слабость, боли в ногах, бледность.

Мальчик от второй беременности, родился с весом 3400г, длиной 52 см. На грудном вскармливании находился до 3 месяцев, начал сидеть с 6 месяцев, ходить с года. Привит по возрасту. За 2 месяца до поступления у ребенка развилась пневмония, присоединился множественный фурункулез, стоматит. Лечился в районной больнице, затем в детском хирургическом отделении. Выписан домой, вскоре после выписки появилась боль в ногах, слабость, быстрая утомляемость, ребенок стал бледным.

При поступлении состояние тяжелое, выражена бледность кожи с серым оттенком, трещины углов рта, единичные «синяки» на голеньях. Живот вздут, печень выступала на 2,5 см, селезенка на 1,5 см ниже края реберной дуги, лимфоузлы 1,5×1,5 см, плотные, безболезненные.

В общем анализе крови: эритроциты – $2,5 \times 10^{12} /л$; гемоглобин – 70 г/л; цветовой показатель – 0,81; тромбоциты – 30 тыс; лейкоциты – $2,5 \times 10^9 /л$; промиелоциты – 2%; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 12,5%; сегментоядерные – 14%; лимфоциты – 30,5%; моноциты – 36%; СОЭ – 35 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 45%; в значительном количестве встречаются крупные клетки с эксцентрически расположенным «бластным ядром». Цитохимически в бластных клетках получена отрицательная реакция на пероксидазу в 99%.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
2. Составить дальнейший план обследования
3. Составить план лечения

Задача № 6.

Света Л., 10 лет, переведена из хирургического отделения. Девочка от первых родов, развивалась нормально, ничем ранее не болела. Заболела остро. Повысилась температура до 38°C, появились головная боль, слабость, головокружение, боль в горле. На 8-е сутки увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Состояние тяжелое: выражены бледность, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 68 г/л; цветовой показатель – 0,89; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 18×10^9 /л; бластные клетки – 75%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 22%; СОЭ – 60 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 88%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
2. Составить дальнейший план обследования.

Задача № 7.

Полина Л., 7 лет, за 10 дней до поступления жаловалась на боли в животе, появились тошнота, рвота, при обследовании обнаружены плотные опухолевые образования в брюшной полости, выпот в плевральную полость. На томограмме определена тень в средостении, заподозрена лимфома.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 113 г/л; цветовой показатель – 1; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 72×10^9 /л; бластные клетки – 11%; миелоциты – 14%, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 19%, сегментоядерные – 33%; лимфоциты – 16%; моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 64%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Обосновать диагноз.
3. Составить дальнейший план обследования.

Задача N 8.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до 37,8°C и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты - 20×10^9 /л, лейкоциты – $1,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-экхиматозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами 1×1,5 см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%, миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакарициты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Составить план дальнейшего обследования
3. Составить план лечения.

Задача N 9.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до $37,8^{\circ}C$ и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-экхиматозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами 1×1,5 см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%, миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакарициты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

4. Поставить диагноз,
5. Обосновать диагноз

6. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 10.

Саша Н., 11 лет, поступила с жалобами на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита. Объективно выражены бледность, геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера, увеличены лимфоузлы в области шеи, печень и селезенка выступают на 5-6 см ниже края реберной дуги. Ребенок пониженного питания.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветной показатель – 0,95; тромбоциты – 9,3 тыс; лейкоциты – $2,6 \times 10^9$ /л; бластные клетки – 81%; метамиелоциты – 0,5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 5%; лимфоциты – 11%; моноциты – 0,5%; СОЭ – 30 мм/ч.

В костном мозге – 90% бластных клеток, пероксидазоположительных.

4. Поставить диагноз,
5. Обосновать диагноз.
6. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 11.

Ирина Л., 14 лет. Находилась в клинике повторно, была выписана в стадии полной ремиссии острого миелобластного лейкоза на поддерживающей терапии преднизолоном и 6-меркаптопурином. Стал развиваться побочный синдром Иценко-Кушинга, в связи с чем девочка через три месяца после начала поддерживающей терапии прекратила принимать преднизолон. Через месяц после отмены химиопрепаратов в тяжелом состоянии была доставлена в отделение гематологии.

При поступлении отмечена слабость, резкая бледность, головокружение, над верхушкой сердца выраженный систолический шум, тахикардия, геморрагии на коже, маточное кровотечение; печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка на 6 см ниже; заметный синдром Кушинга; некротическая ангина.

Анализ крови: гемоглобин – 50 г/л; эритроциты – $1,7 \times 10^{12}$; цветовой показатель – 0,99; ретикулоциты – 8%^o; тромбоциты – 20 тыс; лейкоциты – 88×10^9 /л; миелобласты – 84%; миелоциты – 1%; метамиелоциты – 1%; палочкоядерные – 11%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 0; СОЭ – 50 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты – 98%; ретикулярные клетки.

Вопросы:

4. Поставьте диагноз,
5. Обосновать диагноз.
6. Какова дальнейшая тактика.

Задача N 12.

Света Ч., 4 года поступила в отделение гематологии с жалобами на повышение температуры, увеличение лимфатических узлов. Мать считает девочку больной около двух недель, когда у нее стала повышаться температура до 38°C.

Состояние при поступлении тяжелое. Бледность кожи и видимых слизистых, мелкие геморрагии на коже туловища, ног. Лимфатические узлы повсеместно увеличены, размерами

1,5×2 см. Систолический шум над областью сердца, ЧСС 120 в мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,72 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 110 г/л; тромбоциты – 120 тыс; лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 15%; лимфоциты – 80%; моноциты – 3%.

Миелограмма – бласты – 66%. Реакция на миелопероксидазу в бластных клетках отрицательная. Ликвор – форменные элементы не наблюдались.

4. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
5. Составить план дальнейшего обследования
6. Составить план лечения .

Задача N 13.

Дима П., 4,5 лет, поступил с жалобами на быструю утомляемость, слабость, боли в ногах, бледность.

Мальчик от второй беременности, родился с весом 3400г, длиной 52 см. На грудном вскармливании находился до 3 месяцев, начал сидеть с 6 месяцев, ходить с года. Привит по возрасту. За 2 месяца до поступления у ребенка развилась пневмония, присоединился множественный фурункулез, стоматит. Лечился в районной больнице, затем в детском хирургическом отделении. Выписан домой, вскоре после выписки появилась боль в ногах, слабость, быстрая утомляемость, ребенок стал бледным.

При поступлении состояние тяжелое, выражена бледность кожи с серым оттенком, трещины углов рта, единичные «синяки» на голених. Живот вздут, печень выступала на 2,5 см, селезенка на 1,5 см ниже края реберной дуги, лимфоузлы 1,5×1,5 см, плотные, безболезненные.

В общем анализе крови: эритроциты – $2,5 \times 10^{12} /л$; гемоглобин – 70 г/л; цветовой показатель – 0,81; тромбоциты – 30 тыс; лейкоциты – $2,5 \times 10^9 /л$; промиелоциты – 2%; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 12,5%; сегментоядерные – 14%; лимфоциты – 30,5%; моноциты – 36%; СОЭ – 35 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 45%; в значительном количестве встречаются крупные клетки с эксцентрически расположенным «бластным ядром». Цитохимически в бластных клетках получена отрицательная реакция на пероксидазу в 99%.

4. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
5. Составить дальнейший план обследования
6. Составить план лечения лечения

Задача № 14.

Света Л., 10 лет, переведена из хирургического отделения. Девочка от первых родов, развивалась нормально, ничем ранее не болела. Заболела остро. Повысилась температура до 38°C, появились головная боль, слабость, головокружение, боль в горле. На 8-е сутки увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Состояние тяжелое: выражены бледность, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 68 г/л; цветовой показатель – 0,89; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 18×10^9 /л; бластные клетки – 75%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 22%; СОЭ – 60 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 88%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

3. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.

4. Составить дальнейший план обследования.

Задача № 15.

Полина Л, 7 лет, за 10 дней до поступления жаловалась на боли в животе, появились тошнота, рвота, при обследовании обнаружены плотные опухолевые образования в брюшной полости, выпот в плевральную полость. На томограмме определена тень в средостении, заподозрена лимфома.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 113 г/л; цветовой показатель – 1; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 72×10^9 /л; бластные клетки – 11%; миелоциты – 14%, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 19%, сегментоядерные – 33%; лимфоциты – 16%; моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 64%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

Вопросы

4. Поставьте диагноз

5. Обосновать диагноз.

6. Составить дальнейший план обследования.

Эталонные ответы к ситуационным задачам по теме: «Лейкозы у детей»

Задача N 1.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхиматозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4 см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результата миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого

осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 2.

1. Острый миелобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (слабость, головная боль, сниженный аппетит); геморрагический синдром (геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера); пролиферативный синдром (увеличение печени и селезенки на 5-6 см, лимфоузлов шеи);

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение СОЭ; лейкемический вариант – на основании бластемии;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 90%);

Д) Пероксидазоположительные цитохимические реакции свидетельствуют о миелобластном характере бластных клеток.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ребенку показана терапия по протоколу AML-BFM-87, принятых в России для лечения ОМЛ и включающим в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), синтетические гликозиды (випизид, этопозид), антиметаболиты (цитозар), антрациклиновые антибиотики (даунорубин, адриамицин), алкалоиды (винкристин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 2 лет.

Задача N 3.

1. Рецидив I (ранний) миелобластного лейкоза.

2. Диагноз установлен на основании:

А) данных анамнеза – самостоятельно отменена поддерживающая терапия;

Б) клинических проявлений – интоксикационного синдрома (слабость, головокружение); геморрагического синдрома (геморрагии на коже, маточное кровотечение); пролиферативного синдрома (увеличение селезенки на 6 см) ; некротической ангины.

В) Анализа крови: снижения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, выраженного лейкоцитоза - 88×10^9 /л; бластемии, повышения СОЭ до 50 мм/ч.

Г) Данных миелограммы: миелобласты – 98%;

Д) Ранним рецидив называется в том случае, если он возникает в течение 6 месяцев после окончания химиотерапии.

3. С момента установления диагноза необходимо начало сверхинтенсивного химиотерапевтического лечения (Rez I), предусматривающего проведение терапии блоками.

Задача N 4.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (повышение температуры до субфебрильных цифр, бледность кожи и слизистых); геморрагический синдром (мелкие геморрагии на коже туловища и ног); пролиферативный синдром (увеличение всех групп лимфатических узлов, а также печени и селезенки на 3 см);

В) Данных гемограммы: снижение количества тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 66%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение 1/2 года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 5.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания (постепенное начало, «маски», на фоне которых протекает заболевание: пневмония, фурункулез);

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром, геморрагический синдром, пролиферативный синдром;

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 45%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 6.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 75% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 88%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача № 7.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 11% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 64%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача N 8.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхиматозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результата миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

2.В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 9.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхиматозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результата миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

3.В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические

мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 10.

2. Острый миелобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (слабость, головная боль, сниженный аппетит); геморрагический синдром (геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера); пролиферативный синдром (увеличение печени и селезенки на 5-6 см, лимфоузлов шеи);

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение СОЭ; лейкемический вариант – на основании бластемии;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 90%);

Д) Пероксидазоположительные цитохимические реакции свидетельствуют о миелобластном характере бластных клеток.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ребенку показана терапия по протоколу AML-BFM-87, принятых в России для лечения ОМЛ и включающим в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), синтетические гликозиды (випизид, этопозид), антиметаболиты (цитозар), антрациклиновые антибиотики (даунорубин, адриамицин), алкалоиды (винкристин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 2 лет.

Задача N 11.

2. Рецидив I (ранний) миелобластного лейкоза.

2. Диагноз установлен на основании:

А) данных анамнеза – самостоятельно отменена поддерживающая терапия;

Б) клинических проявлений – интоксикационного синдрома (слабость, головокружение); геморрагического синдрома (геморрагии на коже, маточное кровотечение); пролиферативного синдрома (увеличение селезенки на 6 см) ; некротической ангины.

В) Анализа крови: снижения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, выраженного лейкоцитоза - 88×10^9 /л; бластемии, повышения СОЭ до 50 мм/ч.

Г) Данных миелограммы: миелобласты – 98%;

Д) Ранним рецидив называется в том случае, если он возникает в течение 6 месяцев после окончания химиотерапии.

3. С момента установления диагноза необходимо начало сверхинтенсивного химиотерапевтического лечения (Rez I), предусматривающего проведение терапии блоками.

Задача N 12.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (повышение температуры до субфебрильных цифр, бледность кожи и слизистых); геморрагический синдром (мелкие геморрагии на коже туловища и ног); пролиферативный синдром (увеличение всех групп лимфатических узлов, а также печени и селезенки на 3 см);

В) Данных гемограммы: снижение количества тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 66%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 13.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания (постепенное начало, «маски», на фоне которых протекает заболевание: пневмония, фурункулез);

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром, геморрагический синдром, пролиферативный синдром;

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 45%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение $\frac{1}{2}$ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 14.

2. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 75% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 88%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек,

печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача № 15.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа - 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант - на основании 11% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток - более 20% (в данном случае - 64%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ситуационные задачи по теме: «Язвенная болезнь у детей»

Задача №1

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в левом подреберье. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк-7,2 $\times 10^9/л$; п/я - 3%, сегм. нейтр. - 51%, э - 3%, л-36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017;

белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АЛТ - 19 ед/л, АсАТ - 24 ед/л, ЩФ - 138 ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенка около 1мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз язвенной болезни.

Задача № 2

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений - отрыжка, редко изжога.

Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю в музыкальной школе. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС - 116 ударов в мин, АД - 90/50 мм. рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л; Нв - 72 г/л; Ц.П. - 0,77; ретикулоциты - 50% анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9$ /л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390×10^9 /л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 10%, β_1 , β_2 - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 ед/л, АЛТ, - 29 ед/л, ЩФ - 80 ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

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

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка пестрая с плоскими выпуклостями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Про изведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная; сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении?

Задача № 3.

Олег Д., 14 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на интенсивные боли в околопупочной области, возникающие утром натощак, реже в ночное время. После приема пищи боли уменьшаются, однако полностью не исчезают и появляются вновь через 40 мин. – 1 час. Кроме болей в животе беспокоят тошнота, изжога, горечь во рту.

Наследственный анамнез: отягощен, у отца язвенная болезнь желудка, в анамнезе отмечалось кровотечение. У дяди по линии матери язвенная болезнь 12 перстной кишки.

Объективно: мальчик высокого роста (180 см.), астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные, выражены “тени” под глазами. Язык густо обложен белым налетом. Пальпация живота затруднена из-за мышечного напряжения, симптом Менделя положительный, пузырьные симптомы отрицательные. Стул – запоры до 3-х суток.

Фиброгастродуоденоскопия: слизистая оболочка желудка яркая, гиперемирована, большое количество желудочного сока натощак. Слизистая 12 перстной кишки диффузно гиперемирована, на задней стенке луковицы язва с подрывными краями, покрыта фибрином, диаметром 5 мм.

Ph –метрия желудка: базальные показатели рН в пределах 1,0 – 1,1.

Исследование биоптата слизистой желудка, 12 перстной кишки: наличие хеликобактер-пилори не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте комплексное лечение.

Задача № 4

Максим О., 12 лет, заболел внезапно: во время контрольной работы в школе почувствовал слабость, чувство “дурноты”, тошноту, затем потерял сознание. В медицинском кабинете школы пришел в себя, появилась рвота “кофейной гущей”. Вызвана бригада скорой помощи, ребенок доставлен в хирургический стационар детской больницы. При экстренной эндоскопии выявлена язва бульбарного отдела, которая интенсивно кровоточила. После проведения неотложных мероприятий и остановки кровотечения переведен в гастроэнтерологическое отделение.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, кожные покровы бледные. Язык густо обложен белым налетом. Живот при пальпации несколько напряжен, незначительно болезненный в пилородуоденальной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края реберной дуги. Симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи положительные.

Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л, эрит.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $4,6 \times 10^9$ /л, с/нейтр.-56%, пал.нейтр.-3%, эоз.-4%, лимф.-29%, мон.-7%, баз.-1%.

Общий анализ мочи: цвет: светло-желт., уд.вес – 1018, лейкоц.-1-2 в п/з., эпителий – 1-2 в п/з., эритроциты – 0 в п/з., глюкоза- отр., белок – отр.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки.
3. Перечислите неотложные мероприятия при данном осложнении.

Задача № 5

Наташа К., 14 лет, обратилась на прием к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе приступообразного характера, возникающие преимущественно на голодный желудок, реже после еды. В последнюю неделю боли участились, беспокоят не только днем, но и в ночное время. Дважды отмечалась рвота, после которой девочка почувствовала облегчение.

Объективно: умеренно выражены симптомы общей интоксикации (бледность, «тени» под глазами). Язык густо обложен белым налетом. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. При пальпации живота выражен дефанс в пилородуоденальной зоне, резко положительный симптом Менделя. Печень пропальпировать не удалось. Стул 1 раз в 2 дня.

От предложенной госпитализации в отделение гастроэнтерологии девочка отказалась. Обследование и лечение решено проводить амбулаторно под контролем гастроэнтеролога.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение. Дайте советы по диете и режиму питания.

Задача № 6.

Сережа К., 14 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

В поликлинике мальчику было проведена эзофагогастродуоденоскопия: в луковице 12 перстной кишки выявлен дефект слизистой, размерами 0,4x0,6 мм, покрыт фибрином,

слизистая гиперемирована, отечна, имеются так же единичные эрозии в области луковицы 12 перстной кишки. Осмотрен гастроэнтерологом детской поликлиники, рекомендована госпитализация в стационар.

Объективно: Мальчик пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы чистые, язык густо обложен белым налетом. Тоны сердца достаточной громкости, пульс 76 уд. в мин. Дыхание везикулярное. Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 2-3 дня, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Составьте план обследования ребенка.

Задача № 7

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тощакосые боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность: отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Задача №8

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в левом подреберье. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, эр -4,2 x 10¹²/л; Лейк-7,2 x 10⁹/л; п/я - 3%, сегм. нейтр. - 51%, э - 3%, л-36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АЛА Т - 19 ед/л, АсАТ - 24 ед/л, ЩФ - 138 ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенка около 1мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз язвенной болезни.

Задача № 9

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений - отрыжка, редко изжога.

Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю в музыкальной школе. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС - 116 ударов в мин, АД - 90/50 мм. рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л; Нв - 72 г/л; Ц.П. - 0,77; ретикулоциты - 50% анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9$ /л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390×10^9 /л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 10%, β_1 , β_2 - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 ед/л, АЛАТ, - 29 ед/л, ЩФ - 80 ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

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

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода

розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Про изведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная; сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении?

Задача № 10.

Олег Д., 14 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на интенсивные боли в околопупочной области, возникающие утром натощак, реже в ночное время. После приема пищи боли уменьшаются, однако полностью не исчезают и появляются вновь через 40 мин. – 1 час. Кроме болей в животе беспокоят тошнота, изжога, горечь во рту.

Наследственный анамнез: отягощен, у отца язвенная болезнь желудка, в анамнезе отмечалось кровотечение. У дяди по линии матери язвенная болезнь 12 перстной кишки.

Объективно: мальчик высокого роста (180 см.), астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные, выражены “тени” под глазами. Язык густо обложен белым налетом. Пальпация живота затруднена из-за мышечного напряжения, симптом Менделя положительный, пузырьные симптомы отрицательные. Стул – запоры до 3-х суток.

Фиброгастродуоденоскопия: слизистая оболочка желудка яркая, гиперемирована, большое количество желудочного сока натощак. Слизистая 12 перстной кишки диффузно гиперемирована, на задней стенке луковицы язва с подрытыми краями, покрыта фибрином, диаметром 5 мм.

Рн –метрия желудка: базальные показатели рН в пределах 1,0 – 1,1.

Исследование биоптата слизистой желудка, 12 перстной кишки: наличие хеликобактер-пилори не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте комплексное лечение.

Задача № 11

Максим О., 12 лет, заболел внезапно: во время контрольной работы в школе почувствовал слабость, чувство “дурноты”, тошноту, затем потерял сознание. В медицинском кабинете школы пришел в себя, появилась рвота “кофейной гущей”. Вызвана бригада скорой

помощи, ребенок доставлен в хирургический стационар детской больницы. При экстренной эндоскопии выявлена язва бульбарного отдела, которая интенсивно кровоточила. После проведения неотложных мероприятий и остановки кровотечения переведен в гастроэнтерологическое отделение.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, кожные покровы бледные. Язык густо обложен белым налетом. Живот при пальпации несколько напряжен, незначительно болезненный в пилородуоденальной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края реберной дуги. Симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи положительные.

Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л, эрит.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $4,6 \times 10^9$ /л, с/нейтр.-56%, пал.нейтр.-3%, эоз.-4%, лимф.-29%, мон.-7%, баз.-1%.

Общий анализ мочи: цвет: светло-желт., уд.вес – 1018, лейкоц.-1-2 в п/з., эпителий – 1-2 в п/з., эритроц. – 0 в п/з., глюкоза- отр., белок – отр.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки.
3. Перечислите неотложные мероприятия при данном осложнении.

Задача № 12

Наташа К., 14 лет, обратилась на прием к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе приступообразного характера, возникающие преимущественно на голодный желудок, реже после еды. В последнюю неделю боли участились, беспокоят не только днем, но и в ночное время. Дважды отмечалась рвота, после которой девочка почувствовала облегчение.

Объективно: умеренно выражены симптомы общей интоксикации (бледность, «тени» под глазами). Язык густо обложен белым налетом. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. При пальпации живота выражен дефанс в пилородуоденальной зоне, резко положительный симптом Менделя. Печень пропальпировать не удалось. Стул 1 раз в 2 дня.

От предложенной госпитализации в отделение гастроэнтерологии девочка отказалась. Обследование и лечение решено проводить амбулаторно под контролем гастроэнтеролога.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение. Дайте советы по диете и режиму питания.

Задача № 13.

Сережа К., 14 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

В поликлинике мальчику было проведена эзофагогастродуоденоскопия: в луковице 12 перстной кишки выявлен дефект слизистой, размерами 0,4х0,6 мм, покрыт фибрином, слизистая гиперемирована, отечна, имеются так же единичные эрозии в области луковицы 12 перстной кишки. Осмотрен гастроэнтерологом детской поликлиники, рекомендована госпитализация в стационар.

Объективно: Мальчик пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы чистые, язык густо обложен белым налетом. Тоны сердца достаточной громкости, пульс 76 уд. в мин. Дыхание везикулярное. Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 2-3 дня, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Составьте план обследования ребенка.

Задача № 14

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тошнотные боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность: отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Задача № 15

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тошнотные боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность: отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме:

«Язвенная болезнь у детей»

Задача № 1

1. Язвенная болезнь 12 - перстной кишки, активность II- III степени, НР - ассоциированная. Реактивный панкреатит.

2. Этиопатогенез заболевания: основную роль в патогенезе ЯБ играет дисбаланс между факторами агрессии (кислотно-пептический фактор) и факторами защиты органов гастродуоденальной зоны (состояние слизистой барьера, уменьшение выделения бикарбонатов, ухудшение кровоснабжения, нарушение процессов регенерации слизистой). Особое значение в развитии язвенной болезни придается хеликобактер пилори. В формировании ЯБ участвуют нервно-психические, конституционально-наследственные, эндокринные механизмы, лекарственные и токсические воздействия, нарушения режима питания.

3. Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят со следующими заболеваниями: вторичные симптоматические язвы (гепатогенные, панкреатогенные, эндокринные и др.), лекарственные язвы, стрессовые язвы, хронический гастрит, хронический гиперацидный гастродуоденит и др.

Задача № 2

1. Клинический диагноз основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, активность I степени. Осложнения: дуоденальное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Реактивный панкреатит. Перегиб средней трети желчного пузыря.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания (боли в животе около 2,5 лет с локализацией в эпигастрии, появляются утром натощак, при длительных перерывах в еде, беспокоят иногда ночью, купируются приемом пищи), диспепсические расстройства (отрыжка, режé изжога), данных ЭГДС (дефект слизистой в области луковицы 12 перстной кишки размером 1,5x1,7 см), положительного биопсийного теста на НР.

3. В клинике на первый план выступают симптомы язвенного кровотечения: сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания, АД снижено, в анализе крови признаки постгеморрагической анемии.

Задача № 3

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I -II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения.

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.

3. Копрограмма.

4. Реакция Грегерсена.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. Анализ кала на дисбактериоз.

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики; противомикробные средства: макмирор, метронидазол, фуразолидон; блокаторы H₂-рецепторов гистамина, блокаторы протонной

помпы.). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс, гастал и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 4

1. Предварительный диагноз Основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения. Осложнения: дуоденальное язвенное кровотечение.

2. Основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки: геморрагический гастрит, язвенная болезнь, эрозивные полипы, синдром Мэллари – Вейса, портальная гипертензия.

3. Неотложные мероприятия при язвенном кровотечении: 1. Гемостатические мероприятия проводятся эндоскопически; 2. Прием пищи и лекарственных средств через рот полностью исключаются: в течение 1-2х суток, ребенок получает только питье через рот. 3. Альмагель рег ос. 4. Холод на эпигастральную область. 5. Каждые 4-6 часов необходимо делать очистительную клизму для удаления крови из кишечника. 6. Восполнение ОЦК под контролем гематокрита, АД, пульса, коррекция белкового обмена (в/в введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, альбумина и др.). 7. Антибиотики широкого спектра действия для профилактики септических осложнений. 8. При отсутствии эффекта от консервативной терапии – хирургическое лечение.

Задача № 5

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I-II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения?

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.

3. Копрограмма.

4. Реакция Грегерсена.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. Эзофагогастродуоденоскопия.

7. Анализ кала на дисбактериоз.

8. Фракционное исследование желудочного сока (после ЭГДС).

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики, нитрофураны, блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протоновой помпы.). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 6

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, I-II стадии, фаза обострения. Эрозии луковицы 12-ти перстной кишки.

2. На боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. Характерен мойнигановский ритм болей (голод-боль-прием пищи - облегчение). В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

Объективно: Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положительный.

3. План обследования: 1. Общий анализ крови. 2. Реакция Грегерсена. 3. Эзофагогастродуоденоскопия. 4. РН-метрия. 5. Определение хеликобактер-пилори в биоптате слизистой желудка и 12 перстной кишки.

Задача № 7

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.

2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.

3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H₂ – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Задача № 8

1. Язвенная болезнь 12 - перстной кишки, активность II- III степени, НР - ассоциированная. Реактивный панкреатит.

2. Этиопатогенез заболевания: основную роль в патогенезе ЯБ играет дисбаланс между факторами агрессии (кислотно-пептический фактор) и факторами защиты органов гастродуоденальной зоны (состояние слизистой барьера, уменьшение выделения бикарбонатов, ухудшение кровоснабжения, нарушение процессов регенерации слизистой). Особое значение в развитии язвенной болезни придается хеликобактер пилори. В формировании ЯБ участвуют нервно-психические, конституционально-наследственные, эндокринные механизмы, лекарственные и токсические воздействия, нарушения режима питания.

3. Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят со следующими заболеваниями: вторичные симптоматические язвы (гепатогенные, панкреатогенные, эндокринные и др.), лекарственные язвы, стрессовые язвы, хронический гастрит, хронический гиперацидный гастродуоденит и др.

Задача № 9

1. Клинический диагноз основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, активность I степени. Осложнения: дуоденальное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Реактивный панкреатит. Перегиб средней трети желчного пузыря.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания (боли в животе около 2,5 лет с локализацией в эпигастрии, появляются утром натощак, при длительных перерывах в еде, беспокоят иногда ночью, купируются приемом пищи), диспепсические расстройства (отрыжка, режé изжога), данных ЭГДС (дефект слизистой в области луковицы 12 перстной кишки размером 1,5x1,7 см), положительного биопсийного теста на НР.

3. В клинике на первый план выступают симптомы язвенного кровотечения: сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания, АД снижено, в анализе крови признаки постгеморрагической анемии.

Задача № 10

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I -II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения.

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.
2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.
3. Копрограмма.
4. Реакция Грегерсена.
5. УЗИ органов брюшной полости.
6. Анализ кала на дисбактериоз.

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики; противомикробные средства: макмирор, метронидазол, фуразолидон; блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс, гастал и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 11

1. Предварительный диагноз Основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения. Осложнения: дуоденальное язвенное кровотечение.

2. Основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки: геморрагический гастрит, язвенная болезнь, эрозивные полипы, синдром Мэллери – Вейса, портальная гипертензия.

3. Неотложные мероприятия при язвенном кровотечении: 1. Гемостатические мероприятия проводятся эндоскопически; 2. Прием пищи и лекарственных средств через рот полностью исключаются: в течение 1-2х суток, ребенок получает только питье через рот. 3. Альмагель рег ос. 4. Холод на эпигастральную область. 5. Каждые 4-6 часов необходимо делать очистительную клизму для удаления крови из кишечника. 6. Восполнение ОЦК под контролем гематокрита, АД, пульса, коррекция белкового обмена (в/в введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, альбумина и др.). 7. Антибиотики широкого спектра действия для профилактики септических осложнений. 8. При отсутствии эффекта от консервативной терапии – хирургическое лечение.

Задача № 12

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I-II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения?

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.
2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.
3. Копрограмма.
4. Реакция Грегерсена.
5. УЗИ органов брюшной полости.
6. Эзофагогастродуоденоскопия.
7. Анализ кала на дисбактериоз.
8. Фракционное исследование желудочного сока (после ЭГДС).

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики, нитрофураны, блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 13

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, I-II стадии, фаза обострения. Эрозии луковицы 12-ти перстной кишки.

2. На боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. Характерен мойнигановский ритм болей (голод-боль-прием пищи - облегчение). В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

Объективно: Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положительный.

3. План обследования: 1. Общий анализ крови. 2. Реакция Грегерсена. 3. Эзофагогастродуоденоскопия. 4. РН-метрия. 5. Определение хеликобактер-пилори в биоптате слизистой желудка и 12 перстной кишки.

Задача № 14

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.

2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.

3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H₂ – рецепторов гистамина, блокаторы протоновой помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Задача № 15

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.

2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.

3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H₂ – рецепторов гистамина, блокаторы протоновой помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Ситуационные задачи по теме: «Заболевания желчевыделительной системы у детей»

Задача № 1

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые выше перечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности.

Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк- $7,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э-2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, Ала Т - 30 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 150 ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовитеотягощающие факторы заболевания.

Задача № 2

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк. $9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - 0; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, Ала Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л,

ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Задача № 3

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении. 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 см из подреберья. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера(+), Георгиевского-Мюсси (+).

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр - $4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,95, лейкоц. $8,6 \times 10^9/л$; я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты- (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 3%, α_2 - 12%, β_1 , β_2 - 12%, γ - 18%; АлАТ - 50 ед/л, АсАТ - 60 ед/л, ЩФ - 160 ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ. 12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой фактор спровоцировал обострение заболевания у ребенка?

Задача № 4

Больная Катя В., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в околопупочной области и правом подреберье «ноющего» характера, возникающие чаще после жирной пищи. Девочку часто беспокоит тошнота, иногда бывает рвота. Аппетит постоянно снижен, последние два года недостаточно прибавляет в массе. Объективно: ребенок пониженного питания. Кожа бледная, сухая, неравномерно пигментирована. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации сердца небольшая приглушенность I тона на верхушке сердца и короткий систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Печень выступает из-под реберья на 2 см, уплотнена, болезненная. Селезенка не увеличена. Стул типа «овечьего», 3-4 раза в неделю.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Указать характерные симптомы для предполагаемого диагноза.
3. Наметьте план диагностического обследования.

Задача № 5

Света С., 7 лет поступила в больницу на обследование с подозрением на ревматизм, с жалобами на колющие боли в области сердца, периодические боли в области сердца, боли в правом подреберье, раздражительность, быструю утомляемость. Больна полгода, когда появились выше описанные жалобы.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела 36,3°C. Кожа и видимые слизистые чистые. Масса 27,5 кг, рост – 116 см. Микрополиадения. Со стороны зева имеются явления хронического тонзиллита (консультирована оториноларингологом). Девочка подвижная, неуравновешенная, плаксивая, раздражительная, часто дает невротические реакции. Границы сердца не изменены, тоны чистые, пульс 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 100/60 мм. рт. ст. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Живот не вздут, при пальпации мягкий, отмечается легкая болезненность в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Симптом Ортнера положительный. Определяется болезненность в холедохопанкреатической точке.

Холецистография: через 30 и 45 мин. после внутривенного введения билигноста на снимках определяется тень желчного пузыря грушевидной формы средней интенсивности, хорошо выражена краевая полоска и феномен трехслойности, граница между слоями не очень четкая. На снимках через 2 часа после введения контрастного вещества поперечник пузыря равен 3,3 см, длинник 9,5 см, тень пузыря неоднородная. Выражен феномен трехслойности. Симптом краевой полоски не выражен. На снимках через один час после желчегонного завтрака определяется тень сократившегося желчного пузыря размером в поперечнике 1,7 см, в длину 6,7 см. Показатели двигательной функции =0,7.

Поперечник желчного пузыря сократился меньше чем на половину. Заключение: по таблице оценки двигательной функции желчного пузыря определяется замедленное опорожнение за счет слабого сокращения желчного пузыря. Признаков холецистита нет. Гемограмма: Эр. $4,14 \times 10^{12}/л$, Нв – 114 г/л, ЦП – 0,83, лейкоц.- $6,2 \times 10^9/л$, э-1%, п – 1%, с – 68%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 4 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назвать факторы, предрасполагающие к заболеванию.
3. Назначить лечение.

Задача №6

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

В течение последних 3-х недель также отмечает жалобы на боли в правом боку при быстрой ходьбе, беге, прыжках. Изредка отмечается тошнота и горечь во рту преимущественно после приема жареных блюд, блинов, шоколада, кондитерских изделий.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта - заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и левой подвздошной области, положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочевыделение не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л; Лейк. $7,5 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я-53%, э-7%, л-25%, м-10%, б-3%, СОЭ - 11 мм/час.

В ан. кала обнаружены яйца аскарид.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить клинический диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения аскаридоза.
5. Составьте план лечения.

Задача № 7

Люда К., 8 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в животе, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Симптомы интоксикации умеренно выражены. Кожные покровы бледные, "тени" под глазами. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 82 в минуту. Живот умеренно болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательны, печень не увеличена.

В анализе крови: проведенном амбулаторно: Нв-122 г/л, Эр.- $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $6,8 \times 10^9$ /л; п-1%, э-14%, с-58%, л-25%, м-2%, СОЭ-10 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

В анализе кала: обнаружены яйца аскарид.

Фракционное дуоденальное зондирование: пузырьный рефлекс получен не сразу - через 30 мин., после введения нескольких раздражителей (сульфат магния, 0,25% новокаин, 5%

глюкоза). Порция В обильная (100 мл.), темно-коричневого цвета. При микроскопии – лейкоц. 1-2 в п/з., цилиндрический эпителий – 2-4 в п/з.

УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь увеличен в объеме, после приема желчегонного завтрака сократился всего на 20 %. Стенки пузыря не изменены, печень не увеличена, паренхима печени без особенностей.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Дайте заключение по результатам обследования. 3. Составьте план лечения.

Задача № 8

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые выше перечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортугера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк- $7,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э-2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АЛТ - 30 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 150 ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите отягощающие факторы заболевания.

Задача № 9

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк. $9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - 0; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, Ала Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Задача № 10

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении. 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При

поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1см из подреберья. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера(+), Георгиевского-Мюсси (+).

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр - 4×10^{12} /л; Ц.п. - 0,95, лейкоц 8,6X 10^9 /л; я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты- (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 3%, α_2 - 12%, β_1 , β_2 - 12%, γ - 18%; АЛАТ - 50 ед/л, АсАТ - 60 ед/л, ЩФ - 160 ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ.12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19мм (норма 18), тело - 15 мм (норма15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой фактор спровоцировал обострение заболевания у ребенка?

Задача № 11

Больная Катя В., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в околопупочной области и правом подреберье «ноющего» характера, возникающие чаще после жирной пищи. Девочку часто беспокоит тошнота, иногда бывает рвота. Аппетит постоянно снижен, последние два года недостаточно прибавляет в массе. Объективно: ребенок пониженного питания. Кожа бледная, сухая, неравномерно пигментирована. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации сердца небольшая приглушенность I тона на верхушке сердца и короткий систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Печень выступает из-под реберья на 2 см, уплотнена, болезненная. Селезенка не увеличена. Стул типа «овечьего», 3-4 раза в неделю.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Указать характерные симптомы для предполагаемого диагноза.
3. Наметить план диагностического обследования.

Задача № 12

Света С., 7 лет поступила в больницу на обследование с подозрением на ревматизм, с жалобами на колющие боли в области сердца, периодические боли в области сердца, боли в правом подреберье, раздражительность, быструю утомляемость. Больна полгода, когда появились выше описанные жалобы.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела 36,3°С. Кожа и видимые слизистые чистые. Масса 27,5 кг, рост – 116 см. Микрополиадения. Со стороны зева

имеются явления хронического тонзиллита (консультирована оториноларингологом). Девочка подвижная, неуравновешенная, плаксивая, раздражительная, часто дает невротические реакции. Границы сердца не изменены, тоны чистые, пульс 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 100/60 мм. рт. ст. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Живот не вздут, при пальпации мягкий, отмечается легкая болезненность в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Симптом Ортнера положительный. Определяется болезненность в холедохопанкреатической точке.

Холецистография: через 30 и 45 мин. после внутривенного введения билигноста на снимках определяется тень желчного пузыря грушевидной формы средней интенсивности, хорошо выражена краевая полоска и феномен трехслойности, граница между слоями не очень четкая. На снимках через 2 часа после введения контрастного вещества поперечник пузыря равен 3,3 см, длинник 9,5 см, тень пузыря неоднородная. Выражен феномен трехслойности. Симптом краевой полоски не выражен. На снимках через один час после желчегонного завтрака определяется тень сократившегося желчного пузыря размером в поперечнике 1,7 см, в длину 6,7 см. Показатели двигательной функции =0,7.

Поперечник желчного пузыря сократился меньше чем на половину. Заключение: по таблице оценки двигательной функции желчного пузыря определяется замедленное опорожнение за счет слабого сокращения желчного пузыря. Признаков холецистита нет. Гемограмма: Эр. $4,14 \times 10^{12}/л$, Нв – 114 г/л, ЦП – 0,83, лейкоц.- $6,2 \times 10^9 /л$, э-1%, п – 1%, с – 68%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 4 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

4. Поставить предварительный диагноз.
5. Назвать факторы, предрасполагающие к заболеванию.
6. Назначить лечение.

Задача №13

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

В течение последних 3-х недель также отмечает жалобы на боли в правом боку при быстрой ходьбе, беге, прыжках. Изредка отмечается тошнота и горечь во рту преимущественно после приема жареных блюд, блинов, шоколада, кондитерских изделий.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта - заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и левой подвздошной области, положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$; Лейк. $7,5 \times 10^9 /л$; п/я-2%, с/я-53%, э -7%, л - 25%, м - 10%, б - 3%, СОЭ - 11 мм/час.

В ан. кала обнаружены яйца аскарид.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный

пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить клинический диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения аскаридоза.
5. Составьте план лечения.

Задача № 14

Люда К., 8 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в животе, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Симптомы интоксикации умеренно выражены. Кожные покровы бледные, “тени” под глазами. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 82 в минуту. Живот умеренно болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательны, печень не увеличена.

В анализе крови: проведенном амбулаторно: Нв-122 г/л, Эр.- $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $6,8 \times 10^9$ /л; п-1%, э-14%, с-58%, л-25%, м-2%, СОЭ-10 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

В анализе кала: обнаружены яйца аскарид.

Фракционное дуоденальное зондирование: пузырьный рефлекс получен не сразу - через 30 мин., после введения нескольких раздражителей (сульфат магния, 0,25% новокаин, 5% глюкоза). Порция В обильная (100 мл.), темно-коричневого цвета. При микроскопии – лейк. 1-2 в п/з., цилиндрический эпителий – 2-4 в п/з.

УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь увеличен в объеме, после приема желчегонного завтрака сократился всего на 20 %. Стенки пузыря не изменены, печень не увеличена, паренхима печени без особенностей.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Дайте заключение по результатам обследования. 3. Составьте план лечения.

Задача № 15

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л; Лейк. $9,5 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1020; белок

- нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - о; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, АлА Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме: «Заболевания желчевыделительной системы у детей»

Задача №1.

1. Диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Диагноз выставлен на основании жалоб (боли в животе тупые, ноющего характера, слабость, быструю утомляемость, головные боли), объективных данных (болезненность в правом подреберье, + симптом Ортнера), данных УЗИ органов брюшной полости (желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не утолщены).

2. Дискинезию желчевыводящих путей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хронический холецистит, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит и др.

3. Отягощающие факторы данного заболевания:

- 1). Наличие вегето-сосудистой дистонии.
- 2). Наследственная предрасположенность по гастродуоденальной патологии.
- 3). Поздняя обращаемость за медицинской помощью (через 6 месяцев после выявления жалоб).

Задача № 2

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыделительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и

желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Задача № 3

1. Клинический диагноз: Желчекаменная болезнь, приступный период. Хронический холецистит. Реактивный панкреатит.

2. Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни проводится со следующими заболеваниями: хронический холецистохолангит, острый холецистит, острый панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу, язвенная болезнь, мочекаменная болезнь и др.

3. Приступ желчекаменной болезни спровоцировал прием пищи, содержащий продукты, обладающие холецистокинетическим действием (сливочное масло, яйцо, кофе).

Задача № 4

1. Предварительный диагноз: Заболевание желчных путей. Функциональный систолический шум.

2. а) Самостоятельные боли в животе «ноющего» характера, связанные с приемом жирной пищи;

б) диспептические явления: тошнота, рвота, понижение аппетита, стул типа «овечьего»;

в) положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси; увеличение размеров печени. Обложенность языка.

3. План обследования: общий анализ крови, мочи. Копрологическое исследование. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Исследование функционального состояния печени: протеинограмма, билирубин, холестерин, активность трансаминаз, тимоловая проба, сахар крови и др.

Задача № 5

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Реактивный панкреатит? Хронический тонзиллит. Астено-вегетативный синдром.

2. К развитию дискинезии желчевыводящих путей предрасполагают следующие факторы: наличие хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит), изменения со стороны нервной системы (девочка эмоционально лабильна, раздражительна, неуравновешенна, часто дает невротические реакции).

3. План лечения:

1. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).

2. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).

3. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).

4. Седативные средства (настойка валерианы, пустырника).

5. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).

6. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнием, ДДТ, гальванизация).

7. Лечение хронического тонзиллита (КУФ на миндалины, обработка раствором Люголя).

8. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 6

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Аскаридоз.
2. Возможные осложнения аскаридоза: кишечная непроходимость, перитонит, желтуха, абсцессы, холангит, панкреатит, эпилептиформный синдром, механическая асфиксия.
3. План лечения:
9. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).
10. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).
11. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).
12. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).
13. Физиолечение (электрофорез с серноокислой магнией, ДДТ, гальванизация).
14. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 7

1. Клинический диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу. Аскаридоз.

2. По данным исследования желчи методом фракционного дуоденального зондирования признаки воспаления отсутствуют, отмечается нарушение ритма отделения желчи (порция “В” получена после введения нескольких раздражителей), увеличение объема желчи в порции “В”, изменение цвета желчи.

По результатам УЗИ желчного пузыря имеются признаки гипотонии желчного пузыря: пузырь увеличен в размерах, после дачи желчегонного завтрака сократился только на 20%, что свидетельствует о снижении сократительной способности желчного пузыря.

В общем анализе крови эозинофилия (14%), что обусловлено наличием у девочки глистной инвазии (аскаридоз).

В анализе кала обнаружены яйца аскарид, что является подтверждением глистной инвазии.

1. План лечения:

А. Диета 5.

Б. Желчегонные средства (аллохол, фламин, оксафенамид).

В. Холецистокинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния).

Г. Электрофорез с сульфатом магния на область правого подреберья № 7-8.

Д. Тюбажи по Демьянову с сорбитом, ксилитом.

Е. ЛФК при гипотонической дискинезии ЖВП.

Ж. Лечение аскаридоза (пиперазин, декарис, вермокс).

Задача №8.

1. Диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Диагноз выставлен на основании жалоб (боли в животе тупые, ноющего характера, слабость, быструю утомляемость, головные боли), объективных данных (болезненность в правом подреберье, + симптом Ортнера), данных УЗИ органов брюшной полости (желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не утолщены).

2. Дискинезию желчевыводящих путей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хронический холецистит, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит и др.

3. Отягощающие факторы данного заболевания:
 - 1). Наличие вегето-сосудистой дистонии.
 - 2). Наследственная предрасположенность по гастродуоденальной патологии.
 - 3). Поздняя обращаемость за медицинской помощью (через 6 месяцев после выявления жалоб).

Задача № 9

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыделительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Задача № 10

1. Клинический диагноз: Желчекаменная болезнь, приступный период. Хронический холецистит. Реактивный панкреатит.

2. Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни проводится со следующими заболеваниями: хронический холецистохолангит, острый холецистит, острый панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу, язвенная болезнь, мочекаменная болезнь и др.

3. Приступ желчекаменной болезни спровоцировал прием пищи, содержащий продукты, обладающие холецистокинетическим действием (сливочное масло, яйцо, кофе).

Задача № 11

1. Предварительный диагноз: Заболевание желчных путей. Функциональный систолический шум.

2. а) Самостоятельные боли в животе «ноющего» характера, связанные с приемом жирной пищи;

б) диспептические явления: тошнота, рвота, понижение аппетита, стул типа «овечьего»;

в) положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси; увеличение размеров печени. Обложенность языка.

3. План обследования: общий анализ крови, мочи. Копрологическое исследование. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Исследование функционального состояния печени: протеинограмма, билирубин, холестерин, активность трансаминаз, тимоловая проба, сахар крови и др.

Задача № 12

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Реактивный панкреатит? Хронический тонзиллит. Астено-вегетативный синдром.

2. К развитию дискинезии желчевыводящих путей предрасполагают следующие факторы: наличие хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит), изменения со стороны нервной системы (девочка эмоционально лабильна, раздражительна, неуравновешенна, часто дает невротические реакции).

3. План лечения:

15. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).
16. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).
17. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).
18. Седативные средства (настойка валерианы, пустырника).
19. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).
20. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнием, ДДТ, гальванизация).
21. Лечение хронического тонзиллита (КУФ на миндалины, обработка раствором Люголя).
22. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 13

4. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Аскаридоз.

5. Возможные осложнения аскаридоза: кишечная непроходимость, перитонит, желтуха, абсцессы, холангит, панкреатит, эпилептиформный синдром, механическая асфиксия.

6. План лечения:

23. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).
24. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).
25. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).
26. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).
27. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнием, ДДТ, гальванизация).
28. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 14

1. Клинический диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу. Аскаридоз.

2. По данным исследования желчи методом фракционного дуоденального зондирования признаки воспаления отсутствуют, отмечается нарушение ритма отделения желчи (порция “В” получена после введения нескольких раздражителей), увеличение объема желчи в порции “В”, изменение цвета желчи.

По результатам УЗИ желчного пузыря имеются признаки гипотонии желчного пузыря: пузырь увеличен в размерах, после дачи желчегонного завтрака сократился только на 20%, что свидетельствует о снижении сократительной способности желчного пузыря.

В общем анализе крови эозинофилия (14%), что обусловлено наличием у девочки глистной инвазии (аскаридоз).

В анализе кала обнаружены яйца аскарид, что является подтверждением глистной инвазии.

2. План лечения:

А. Диета 5.

Б. Желчегонные средства (аллохол, фламин, оксафенамид).

- В. Холецистокинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния).
- Г. Электрофорез с сульфатом магния на область правого подреберья № 7-8.
- Д. Тюбажи по Демьянову с сорбитом, ксилитом.
- Е. ЛФК при гипотонической дискинезии ЖВП.
- Ж. Лечение аскаридоза (пиперазин, декарис, вермокс).

Задача № 15

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыводительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Ситуационные задачи по теме:

«Воздушно-капельные инфекции у детей»

Задача N1.

Саша К., 5 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 39°C, появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика narosли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр. Усилился насморк, чиханье и выделение обильного серозного секрета.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева. Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N2.

Сергея С., 6 лет., госпитализирован на 8-ой день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°С, появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 18 000, миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 нед отмечался упорный кашель.

Вопросы:

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Определить источник заражения.
3. Намечать основные этапы лечения.

Задача N 3.

Дима М., 6 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N 4.

Саша В., 3 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°С, вдоль восходящей ветви нижней челюсти появилась плотновато-эластичная болезненная припухлость, быстро

распространившаяся на затылочную ямку. Опухоль в центре была эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней была не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появилось выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составить план лечения.

Задача N 5.

Лена З., 5 лет. Родители девочки обратились к участковому педиатру с жалобами на появление на коже ребенка высыпаний и субфебрильной температуры в течение 5 дней.

Из анамнеза удалось выяснить, что девочка посещает детский комбинат, где неделю назад был объявлен карантин по кори.

Ребенок от первой беременности, до 1 года находился на естественном вскармливании. Привита по возрасту (в том числе и против кори).

При осмотре: на коже щек, туловища, конечностей отмечаются единичные элементы пятнисто-папулезного характера; носовое дыхание не затруднено; в зеве – легкая гиперемия дужек. Слизистая щек разрыхлена, красная, сочная. Температура субфебрильная.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Каким образом проводится профилактика кори.

Задача N 6.

Саша З., 4лет, родители которого обратились в участковую поликлинику с жалобами на частый приступообразный кашель у ребенка.

Из анамнеза: при нормальной температуре тела и отсутствии катаральных явлений у ребенка появился сухой кашель, который продолжался около 1 недели. Затем, несмотря на проводимую самостоятельно симптоматическую терапию, кашель стал усиливаться, особенно ночью. Кашель приобрел приступообразный характер. Частота приступов была 7-8 раз в сутки. Приступ начинался глубоким вдохом, за которым следовал ряд кашлевых толчков без передышки. Чередование вдохов и кашлевых толчков (реприз) продолжалось в течение 3-5 минут, заканчиваясь отделением вязкой мокроты. Рвоты не было. Межприступный период характеризовался удовлетворительным самочувствием мальчика.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 105'.

В крови: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты - 200×10^9 /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 48%; лимфоциты – 45%; моноциты – 3%; СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.

3. Какие предусмотрены меры профилактики коклюша.

Задача N7.

Витя К., 6 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 39°C, появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика narosли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр. Усилился насморк, чиханье и выделение обильного серозного секрета.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева. Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N8.

Саша С., 7 лет., госпитализирован на 8-ой день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°C, появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 17000, миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 нед отмечался упорный кашель.

Вопросы:

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Определить источник заражения.
3. Наметить основные этапы лечения.

Задача N 9.

Алеша М., 7 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N 10.

Боря., лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°C, вдоль восходящей ветви нижней челюсти появилась плотновато-эластичная болезненная припухлость, быстро распространившаяся на затылочную ямку. Опухоль в центре была эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней была не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появилось выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составить план лечения.

Задача N 11.

Катя З., 5 лет. Родители девочки обратились к участковому педиатру с жалобами на появление на коже ребенка высыпаний и субфебрильной температуры в течение 5 дней.

Из анамнеза удалось выяснить, что девочка посещает детский комбинат, где неделю назад был объявлен карантин по кори.

Ребенок от первой беременности, до 1 года находился на естественном вскармливании. Привита по возрасту (в том числе и против кори).

При осмотре: на коже щек, туловища, конечностей отмечаются единичные элементы пятнисто-папулезного характера; носовое дыхание не затруднено; в зеве – легкая гиперемия дужек. Слизистая щек разрыхлена, красная, сочная. Температура субфебрильная.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз,
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Каким образом проводится профилактика кори.

Задача N 12.

Артем З., 4 лет, родители которого обратились в участковую поликлинику с жалобами на частый приступообразный кашель у ребенка.

Из анамнеза: при нормальной температуре тела и отсутствии катаральных явлений у ребенка появился сухой кашель, который продолжался около 1 недели. Затем, несмотря на проводимую самостоятельно симптоматическую терапию, кашель стал усиливаться, особенно ночью. Кашель приобрел приступообразный характер. Частота приступов была 7-8 раз в сутки. Приступ начинался глубоким вдохом, за которым следовал ряд кашлевых толчков без передышки. Чередование вдохов и кашлевых толчков (реприз) продолжалось в течение 3-5 минут, заканчиваясь отделением вязкой мокроты. Рвоты не было. Межприступный период характеризовался удовлетворительным самочувствием мальчика.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 105'.

В крови: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты - 200×10^9 /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 48%; лимфоциты – 45%; моноциты – 3%; СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Какие предусмотрены меры профилактики коклюша.

Задача N13.

Коля К., 6 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика narosли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева. Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день

сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N14.

Игорь С., 8 лет., госпитализирован на 9-ый день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°C, появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 16 000, миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 недель отмечался упорный кашель.

Вопросы:

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Определить источник заражения.
3. Наметить основные этапы лечения.

Задача N 15.

Вова М., 7 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Эталоны ответов по ситуационным задачам по теме: «Воздушно-капельные инфекции у детей»

Задача N 1.

1. Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.

2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком.

Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3. План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях).

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N2.

1. Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.

Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре);

характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически;

анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2. Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3. Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N3.

1. Диагноз: Ветряная оспа.

2. Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные подсыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3. Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

Задача N 4.

1. Диагноз: Эпидемический паротит.

2. Диагноз выставлен на основании типичной клиники: появления плотновато-эластичной болезненной припухлости вдоль восходящей ветви нижней челюсти, быстро распространяющейся на затылочную ямку на фоне подъема температуры до 38°C. Опухоль в центре - эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появились выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

3. Лечение симптоматическое. Ребенок должен соблюдать режим, оставаясь в постели, полоскать рот 2% раствором гидрокарбоната натрия, пищу принимать жидкую и полужидкую. На область увеличенных желез наложить согревающий компресс, прогревать соллюкс лампой, применить УВЧ-терапию, обильное питье, поливитаминные препараты.

Задача N5.

1. Корь, митигированная форма.

2. Митигированная (ослабленная) форма кори наблюдается у привитых детей; получавших противокоревую сыворотку или гамма-глобулин. Инкубационный период при этом удлиняется до 21 дня, начальный период и период высыпаний укорачивается. Катаральные явления на слизистых оболочках выражены слабо или совсем отсутствуют. Пятна Бельского-Филатова-Коплика часто отсутствуют. Сыпь в большинстве случаев не обильна.

Температура нормальная, либо субфебрильная.

3. Профилактика кори проводится в двух направлениях: общие противоэпидемические мероприятия и специфическая профилактика. Специфическая профилактика включает в себя пассивную и активную иммунизацию. Пассивная иммунизация представляет собой введение готовых антител, содержащихся в нормальной сыворотке крови; а также гамма-глобулина.

Активная иммунизация включает применение живой ослабленной коревой вакцины. Прививкам против кори подлежат дети, не болевшие ранее ею, в возрасте 15-18 мес. Иммунитет развивается почти у всех привитых детей и сохраняется в течение нескольких лет (более 5-7 лет).

Задача N 6.

1. Диагноз: Коклюш, приступный период, легкая степень тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) данных анамнеза (появление сухого кашля на фоне удовлетворительного состояния);

Б) клинических проявлений: наличие реприз, не более 15 раз за сутки, заканчивающихся быстро, без рвоты при удовлетворительном общем состоянии в межприступный период;

В) данных гемограммы: лейко- и лимфоцитоз.

3. Важнейшим условием успешности противоэпидемических мероприятий инфекции является ранняя диагностика коклюша и своевременная изоляция больного. Активная специфическая профилактика коклюша состоит в введении АКДС-вакцины. Прививкам подлежат все здоровые дети с 3-месячного возраста.

Задача N 7.

1. Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.

2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком.

Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3. План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях).

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N8.

1. Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.

Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре);

характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически;

анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2. Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3. Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N9.

1. Диагноз: Ветряная оспа.

2. Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием

коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные подсыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3.Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

Задача N 10.

2. Диагноз: Эпидемический паротит.

2.Диагноз выставлен на основании типичной клиники: появления плотновато-эластичной болезненной припухлости вдоль восходящей ветви нижней челюсти, быстро распространяющейся на затылочную ямку на фоне подъема температуры до 38°C. Опухоль в центре - эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочке щеки, в области устья протока околоушной железы появились выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

3.Лечение симптоматическое. Ребенок должен соблюдать режим, оставаясь в постели, полоскать рот 2% раствором гидрокарбоната натрия, пищу принимать жидкую и полужидкую. На область увеличенных желез наложитьсогревающий компресс, прогреть соллюкс лампой, применить УВЧ-терапию, обильное питье, поливитаминные препараты.

Задача N11.

2. Корь, митигированная форма.

2.Митигированная (ослабленная) форма кори наблюдается у привитых детей; получавших противокоревую сыворотку или гамма-глобулин. Инкубационный период при этом удлиняется до 21 дня, начальный период и период высыпаний укорачивается. Катаральные явления на слизистых оболочках выражены слабо или совсем отсутствуют. Пятна Бельского-Филатова-Коплика часто отсутствуют. Сыпь в большинстве случаев не обильна. Температура нормальная, либо субфебрильная.

3.Профилактика кори проводится в двух направлениях: общие противоэпидемические мероприятия и специфическая профилактика. Специфическая профилактика включает в себя пассивную и активную иммунизацию Пассивная иммунизация представляет собой введение готовых антител, содержащихся в нормальной сыворотке крови; а также гамма- глобулина.

Активная иммунизация включает применение живой ослабленной коревой вакцины. Привикам против кори подлежат дети, не болевшие ранее ею, в возрасте 15-18 мес. Иммунитет развивается почти у всех привитых детей и сохраняется в течение нескольких лет (более 5-7 лет).

Задача N 12.

2. Диагноз: Коклюш, приступный период, легкая степень тяжести.

2.Диагноз поставлен на основании:

А) данных анамнеза (появление сухого кашля на фоне удовлетворительного состояния);

Б) клинических проявлений: наличие реприз, не более 15 раз за сутки, заканчивающихся быстро, без рвоты при удовлетворительном общем состоянии в межприступный период;

В) данных гемограммы: лейко- и лимфоцитоз.

3. Важнейшим условием успешности противоэпидемических мероприятий инфекции является ранняя диагностика коклюша и своевременная изоляция больного. Активная специфическая профилактика коклюша состоит в введении АКДС-вакцины. Прививкам подлежат все здоровые дети с 3-месячного возраста.

Задача N 13.

1. Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.

2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком.

Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3. План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях).

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N14.

1. Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.

Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре);

характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически;

анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2. Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3. Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N15.

1. Диагноз: Ветряная оспа.

2. Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные подсыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3. Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: в полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторноинструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

4.4. Написание академической истории болезни курируемого больного.

I. Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. К подготовке и написанию академической истории болезни в медицинском вузе придается такое же значение, как курсовому проектированию в технических ВУЗах.

Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Педиатрия».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Педиатрия» и выполняется в VIII семестре. Требования к структуре и содержанию курсовых работ определяются кафедрой на основе типовой истории болезни. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебно-тематическим планом по дисциплине и соответствуют, как правило, нозологическим формам изучаемым в данном семестре. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

II. Общие требования Курсовая работа (академическая история болезни) должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Курсовая работа представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на практических клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений методических указаний по написанию академической истории болезни, базироваться на сведениях, полученных их литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курациями, анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечение с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их

обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

III. Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим практические занятия, на первом занятии VIII семестра предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Рекомендуемый перечень заболеваний для написания истории болезни:

Острая пневмония, железодефицитная анемия, острый бронхит, дистрофия, атопический дерматит, пиелонефрит.

IV. Выполнение курсовой работы (академической истории болезни)

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке курсовой работы является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

V. Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже).
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном либо машинописном варианте. Все листы курсовой работы должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

VI. Оценка академической истории болезни

Каждая история болезни с учетом ее содержания оценивается по пятибалльной системе.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные курсовые работы могут быть защищены и в виде доклада на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.5. Написание рефератов по дисциплине

Перечень тем рефератов и докладов с презентацией

1. Анафилактический шок у детей
2. Неотложная терапия при ларингоспазме у детей
3. Гипервитаминоз D
4. Острая дыхательная недостаточность у детей
5. Острая сердечная недостаточность у детей
6. Неревматические кардиты у детей
7. Врожденные пороки сердца у детей
8. Острая почечная недостаточность у детей
9. Гельминтозы у детей
10. Дисбактериоз у детей
11. Гиперлактацидемическая и гиперосмолярная комы у детей
12. Токсикоз с эксикозом у детей раннего возраста
13. Хроническая почечная недостаточность
14. Ложный круп.
15. Истинный круп.

Реферат по дисциплине «Педиатрия» выполняется в соответствии с утвержденными на кафедре методическими рекомендациями и оценивается в соответствии с установленными критериями по 4-х бальной шкале:

5 баллов – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания и техническими требованиями оформления реферата; реферат имеет чёткую композицию и структуру; в тексте реферата отсутствуют логические нарушения в представлении материала; корректно оформлены и в полном объёме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата; отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

4 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в целом реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

3 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой достаточно

самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, присутствуют единичные случаи фактов плагиата;

2 балла – содержание реферата не соответствует заявленной в названии тематике или в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть ошибки в техническом оформлении; есть нарушения композиции и структуры; в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; не в полном объеме представлен список использованной литературы, есть ошибки в его оформлении; отсутствуют или некорректно оформлены и не в полном объеме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть многочисленные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат не представляет собой самостоятельного исследования, отсутствует анализ найденного материала, текст реферата представляет собой непереработанный текст другого автора (других авторов).

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 бальную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.5. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (зачет)

1. История отечественной педиатрии. Организация охраны материнства и детства в России.
2. Роль врача общей практики в оздоровлении детского населения, в предупреждении заболеваемости и снижении младенческой смертности.
3. Периоды детского возраста.
4. Физическое развитие детей. Возрастные особенности нарастания массы, длины и других параметров тела. Оценка физического развития.
5. Психомоторное развитие детей. Его оценка.
6. Естественное вскармливание. Преимущества грудного молока. Технология грудного кормления.
7. Искусственное вскармливание. Состав коровьего молока. Характеристика смесей.
8. Смешанное вскармливание. Гипогалактия, методы борьбы с ней.
9. Питание детей старше 1 года.
10. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей.
11. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатических узлов. Методика ее исследования.
12. Анат.-физиол. особенности органов дыхания у детей. Методики их исследования.
13. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Методы оценки ее состояния.
14. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различных возрастов.
15. Анатомо-физиологические особенности органов мочеобразования и мочевыделения. Методики их исследования.
16. Анат.-физиол. особенности органов пищеварения. Методики их исследования.
17. Проблемы неонатологии. Младенческая смертность и пути ее снижения. Программа планирования семьи.
18. Период новорожденности. «Пограничные» состояния. Вскармливание и уход за новорожденными детьми.
19. Недоношенный ребенок. Анатомо-физиологические особенности. Уход и вскармливание недоношенных детей.
20. Перинатальное повреждение ЦНС /головного и спинного мозга/ у новорожденных. Причины, клиника, лечение.

21. Гипоксия и асфиксия плода и новорожденных.
22. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, клиника, лечение в современных условиях, профилактика.
23. Внутриутробное инфицирование. Гнойно-септические заболевания. Сепсис новорожденного.
24. Работа в поликлинике со здоровыми детьми. Кабинет здорового ребенка. Диспансеризация детей первого года жизни.
25. Детская поликлиника. Наблюдение за новорожденными детьми на дому. Оценка их состояния здоровья.
26. Структура детских поликлиник. Основная документация.
27. Профилактическая работа участкового педиатра. Календарь профилактических прививок.
28. Аномалии конституции. Атопический дерматит. Клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
29. Хронические расстройства питания у детей. Классификация. Гипотрофия. Клиника, лечение.
30. Хронические расстройства питания у детей. Гипостатура. Паратрофия.
31. Рахит у детей. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
32. Дефицитные анемии. Клиника, лабораторная диагностика, лечение, профилактика.
33. Бронхиты у детей. Клиника, лечение.
34. Острая пневмония у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лечение, диспансерное наблюдение.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
- Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
- Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
- Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
- В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
- Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
- Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
- Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
- В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

- Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
- Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.

- Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
- Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

- Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
- Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины.
- Плохо знает специальную терминологию.
- Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: : 4х балльная:

- отлично, хорошо, удовлетворительно – итоговое значение «зачтено»

- неудовлетворительно – итоговое значение «не зачтено»

Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии с соответствием п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.5. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (экзамен)

1. История отечественной педиатрии. Организация охраны материнства и детства в России.
2. Роль врача общей практики в оздоровлении детского населения, в предупреждении заболеваемости и снижении младенческой смертности.
3. Периоды детского возраста.
4. Физическое развитие детей. Возрастные особенности нарастания массы, длины и других параметров тела. Оценка физического развития.
5. Психомоторное развитие детей. Его оценка.
6. Естественное вскармливание. Преимущества грудного молока. Технология грудного кормления.
7. Искусственное вскармливание. Состав коровьего молока. Характеристика смесей.
8. Смешанное вскармливание. Гипогалактия, методы борьбы с ней.
9. Питание детей старше 1 года.
10. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей.
11. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатических узлов. Методика ее исследования.
12. Анат.-физиол. особенности органов дыхания у детей. Методики их исследования.
13. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Методы оценки ее состояния.
14. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различных возрастов.
15. Анатомо-физиологические особенности органов мочеобразования и мочевыделения. Методики их исследования.
16. Анат.-физиол. особенности органов пищеварения. Методики их исследования.
17. Проблемы неонатологии. Младенческая смертность и пути ее снижения. Программа планирования семьи.
18. Период новорожденности. «Пограничные» состояния.скармливание и уход за новорожденными детьми.
19. Недоношенный ребенок. Анатомо-физиологические особенности. Уход и вскармливание недоношенных детей.
20. Перинатальное повреждение ЦНС /головного и спинного мозга/ у новорожденных. Причины, клиника, лечение.

21. Гипоксия и асфиксия плода и новорожденных.
22. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, клиника, лечение в современных условиях, профилактика.
23. Внутриутробное инфицирование. Гнойно-септические заболевания. Сепсис новорожденного.
24. Работа в поликлинике со здоровыми детьми. Кабинет здорового ребенка. Диспансеризация детей первого года жизни.
25. Детская поликлиника. Наблюдение за новорожденными детьми на дому. Оценка их состояния здоровья.
26. Структура детских поликлиник. Основная документация.
27. Профилактическая работа участкового педиатра. Календарь профилактических прививок.
28. Аномалии конституции. Атопический дерматит. Клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
29. Хронические расстройства питания у детей. Классификация. Гипотрофия. Клиника, лечение.
30. Хронические расстройства питания у детей. Гипостатура. Паратрофия.
31. Рахит у детей. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
32. Дефицитные анемии. Клиника, лабораторная диагностика, лечение, профилактика.
33. Бронхиты у детей. Клиника, лечение.
34. Острая пневмония у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
35. Бронхиальная астма. Патогенез, клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
36. Ревматизм у детей. Патогенез, варианты течения, диагностические критерии, клиника, принципы этапного лечения, профилактика.
37. Ювенильный ревматоидный артрит. Современные концепции этиологии и патогенеза. Клиника, принципы лечения.
38. Диффузные заболевания соединительной ткани. Особенности течения красной волчанки. Клиника, лечение.
39. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей. Системная склеродермия и дерматомиозит.
40. Лейкозы у детей. Клиника и диагностика острого лейкоза у детей. Принципы лечения.
41. Системные васкулиты у детей. Геморрагический васкулит. Диагностика, клиника, лечение.
42. Пиелонефрит у детей. Классификация, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
43. Острый гломерулонефрит у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Хронический гастрит у детей. Этиология, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика, лечение.
45. Язвенная болезнь у детей. Современные методы диагностики, клиника, лечение.
46. Холециститы у детей. Этиология, лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
47. Сахарный диабет у детей. Клиника, диагностика, лечение.
48. Диабетическая и гипогликемическая комы. Неотложная помощь при них.
49. Диффузный токсический зоб у детей. Клиника, лечение.
50. Гипотериоз у детей. Диагностика, клиника, лечение.
51. Корь. Этиология, диагностика, клиника, лечение, профилактика.
52. Коклюш. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
53. Скарлатина. Этиология, клиника, ранние и поздние осложнения. Клиника и лечение.
54. Дифтерия. Этиология, патогенез. Клинические формы, осложнения, лечение и профилактика.
55. Краснуха. Этиология, клиника, диф.диагноз, лечение.
56. Ветряная оспа. Клиника, диф.диагноз, лечение.

57. Эпидемический паротит. Этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика.
58. Острый вирусный гепатит. Этиология, патогенез, клиника, диф.диагноз, лечение и профилактика.
59. Острые респираторные вирусные инфекции у детей. Этиология, клиника, лечение.
60. Менингококковые инфекции у детей. Менингококковый менингит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
61. Менингококкцемия. Клиника, диагностика, лечение. Синдром Уотерхауса-Фридерихсена. Неотложная помощь при нем.
62. Дизентерия у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
63. Сальмонеллез. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
64. Коли-инфекция у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лечение.
65. Токсикозы в раннем детском возрасте. Этиология, клиника, лечение.
66. Полиомиелит. Клиника, диф.диагноз, лечение и профилактика.
67. Вакцинация. Значение ее в предупреждении инфекций. Календарь прививок. Поствакцинальные реакции и осложнения.
68. Гельминтозы у детей. Аскаридоз, энтеробиоз. Клиника, лечение.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
- Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
- Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
- Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
- В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
- Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
- Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
- Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
- В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

- Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
- Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.
- Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
- Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка « **неудовлетворительно** » – выставляется студенту, который:

- Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
- Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины.
- Плохо знает специальную терминологию.
- Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: : 4х балльная:

- отлично, хорошо, удовлетворительно – итоговое значение «зачтено»

- неудовлетворительно – итоговое значение «не зачтено»

Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».