ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Декан педиатрического факультета

_____ Л.В. Мошурова

«20» апреля 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «ПРАКТИКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

для специальности	**31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**
форма обучения	**очная**
факультет	**педиатрический**
кафедра	**факультетской и паллиативной педиатрии**
курс	**V**
семестр	**A**
самостоятельная работа	**180 час**
Всего часов /ЗЕ	**180 часов /5 ЗЕ**

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02. Педиатрия с учетом трудовых функций профессионального стандарта врач-педиатр (врач-педиатр участковый) утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования РФ №965 от 12.08.2020 г.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской и паллиативной педиатрии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко «19» апреля 2021 г., протокол №15.

Заведующая кафедрой, д.м.н., доцент В.С. Леднева

Рецензенты:

зав. кафедрой детских инфекционных болезней, д.м.н., доцент С.П. Кокорева

главный врач БУЗ ВО «ВОДКБ №2» С.А. Авдеев

(рецензии прилагаются)

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации преподавания специальности «педиатрия» от 20 апреля 2021 года, протокол № 6.

1. ВИД ПРАКТИКИ, СПОСОБ И ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ

Клиническая практика (практика педиатрического профиля) проводится дискретно в медицинских организациях г. Воронежа, Воронежской области и других областях РФ по месту жительства студента на основе договоров в семестре А в течение 30 дней.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ: обучение студентов основным этапам работы врача-педиатра (врача-педиатра участкового) и применение студентами своих знаний на практике в условиях поликлиники.

Задачи практики:

Знать:

основные этапы работы врача-педиатра (врача-педиатра участкового) детской поликлиники и стационара:

- структуру и основные этапы работы врача-педиатра (врача-педиатра участкового);
- права и обязанности врача-педиатра (врача-педиатра участкового);
- рациональный выбор лекарственных средств при заболеваниях и неотложных состояниях в педиатрии;
- методы лечения больного ребенка в условиях поликлиники, алгоритм выбора медикаментозного и немедикаментозного лечения, показания к их применению, принципы реабилитации больных;
- современные методы клинической, лабораторной, инструментальной диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного ребенка в детской поликлинике;
- критерии и алгоритм постановки клинического диагноза, особенности течения и возможные осложнения заболеваний в практике врача-педиатра (врача-педиатра участкового);
- принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений;
- методы санитарно-просветительной работы.

Уметь:

***выполнять манипуляции врача-педиатра (врача-педиатра участкового)*:**

- провести диагностические мероприятия и оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, определить показания для экстренной и плановой госпитализации больных;
- провести сбор анамнеза, опрос, физикальное обследование больного педиатрического профиля в условиях поликлиники и оценивать данные опроса и осмотра;
- сформулировать предварительный диагноз;
- составить план обследования педиатрического больного, нуждающегося в амбулаторной медицинской помощи;

- интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных исследований, выполняемых в условиях поликлиники;
- составить план лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, назначить медикаментозную терапию, определить путь введения, режим, дозу лекарственных средств;
- провести амбулаторное лечение больного ребенка под руководством врача и использовать методы первичной и вторичной профилактики;
- организовать и провести санитарно-просветительную работу;
- правильно оформить медицинскую документацию;
- дать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для профилактики развития осложнений.

Владеть:

навыками врача-педиатра (врача-педиатра участкового):

- основными общеклиническими методами обследования;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза;
- медицинскими манипуляциями;
- техникой выполнения экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях.

Требования к результатам прохождения практики

Прохождение практики направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате прохождение практики, обучающиеся должны:	Оценочные средства
1.	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИД-1 Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения поставленной задачи (проблемной ситуации) ИД-2 Рассматривает и предлагает возможные варианты системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки ИД-3 Формирует собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных ИД-4 Определяет и оценивает риски (последствия) возможных решений поставленной задачи ИД-5 Принимает стратегическое решение проблемных ситуаций	Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи
2	УК-3	Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	ИД-1 Проявляет лидерство в планировании и осуществлении профессиональной деятельности, в постановке целей, в побуждении других к достижению поставленных целей ИД-2 Вырабатывает командную стратегию для выполнения практических задач ИД-3 Распределяет задания и добивается их исполнения реализуя основные функции управления ИД-4 Формулирует, аргументирует, отстаивает свое мнение и общие решения, несет личную ответственность за результаты ИД-5 Умеет разрешать конфликты на основе согласования позиций и учета интересов	Вопросы к собеседованию Ситуационные задачи
3	УК-4	Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и	ИД-1 Выбирает стиль общения и язык жестов с учетом ситуации взаимодействия ИД-2 Ведет деловую переписку на государственном и иностранном языке с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурных различий ИД-4 Публично выступает, строит свое выступление с учетом аудитории и цели общения	Фрагмент истории болезни Ситуационные задачи

		профессионального взаимодействия		
4	УК-5	Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	ИД 1 Отмечает и анализирует особенности межкультурного взаимодействия (преимущества и возможные проблемные ситуации), обусловленные различием этических, религиозных и ценностных систем ИД 2 Может преодолеть коммуникативные барьеры при межкультурном взаимодействии ИД 3 Придерживается принципов недискриминационного взаимодействия, основанного на толерантном восприятии культурных особенностей представителей различных этносов и конфессий, при личном и массовом общении	Вопросы к собеседованию Практические навыки
5	УК-8	Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	ИД-3 Осуществляет оказание первой помощи пострадавшему	Ситуационные задачи Вопросы к собеседованию Практические навыки
6	УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	ИД 1 Обладает представлениями о принципах недискриминационного взаимодействия при коммуникации в различных сферах жизнедеятельности, с учетом социально-психологических особенностей лиц с ограниченными возможностями здоровья ИД 2 Планирует и осуществляет профессиональную деятельность с лицами, имеющими инвалидность или ограниченные возможности здоровья	Ситуационные задачи Вопросы к собеседованию

			ИД 3 Взаимодействует с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья или инвалидность в социальной и профессиональной сферах	
7	ОПК-1	Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД 1 Знает и использует моральные и правовые нормы, этические и деонтологические основы статуса пациента и врача необходимые в профессиональной деятельности ИД 2 Применяет принципы и правила взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родственник», "врачебная тайна", "врачебная клятва" ИД 4 Осуществляет контроль соблюдения норм врачебной и деловой этики в общении с коллегами, гражданами, пациентами, должностными лицами, необходимых в профессиональной деятельности врача	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи Приктические навыки
8	ОПК-2	Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИД 3 Определяет потребность населения по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению ИД 4 Осуществляет разработку, утверждение и реализацию мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи
9	ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи,	ИД 1 Проводит полное физикальное обследование пациента с применением медицинских изделий (термометр, динамометр, ростомер, биоэмпеданс, весы, тонометр, стетофонендоскоп и др) и интерпретирует его результаты	Задачи Практические навыки

		а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД 2 Обосновывает необходимость и объем специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, диагностического обследования пациента с целью установления диагноза и персонифицированной медицины при решении поставленной профессиональной задачи ИД 3 Анализирует полученные результаты диагностического обследования пациента, при необходимости обосновывает и планирует объем дополнительных исследований ИД 4 Назначает медицинские изделия, включая специальное программное обеспечение, для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека ИД 5 Оформляет рецептурный бланк согласно порядка оформления рецептурных бланков на медицинские изделия, их учета и хранения	
10	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД 1 Определяет и анализирует морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека ИД 2 Учитывает морфофункциональные особенности, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при составлении плана обследования и лечения	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи

11	ОПК-6	Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	ИД 2 Оценивает состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения ИД 3 Распознает состояния и оказывает медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента ИД 4 Распознает состояния и оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) ИД 5 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи
12	ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД 1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД 2 Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД 3 Применяет немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД 4 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Фрагмент истории болезни Ситуационные задачи

			ИД 5 Оценивает эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД 6 Организовывает персонализированное лечение пациента детского возраста, беременных женщин	
13	ОПК-8	Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ИД 4 Выполняет мероприятия медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД 5 Оценивает эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи Практические навыки

14	ОПК-10	Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ИД 1 Использует современные информационные и коммуникационные средства и технологии, библиографические ресурсы, медико-биологическую терминологию в решении стандартных задач профессиональной деятельности	Ситуационные задачи Практические навыки
15	ПК-1	Способен оказывать медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	ИД 1 Осуществляет обследование детей с целью установления диагноза ИД 2 Назначает лечение детям и контролирует его эффективность и безопасность ИД 3 Реализует и контролирует эффективность индивидуальных реабилитационных программ для детей ИД 4 Проводит профилактические мероприятия, в том числе санитарно-просветительные работы, среди детей и их родителей ИД 5 Организует деятельность медицинского персонала и ведет медицинскую документацию	Ситуационные задачи Практические навыки

**минимальное количество успешно выполненных действий (манипуляций, процедур и т.д.), подтверждающих приобретение умения/владения*

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ООП ВО

Клиническая практика (практика педиатрического профиля) относится к базовой части Б.2.Б.06 (П) блока Б.2 – практики.)

3.1. Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые следующими дисциплинами и практиками: в **блоке Б.1. Базовой части*:*** биоэтика, правоведение, латинский язык, анатомия, биохимия, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, пропедевтика детских болезней, факультетская и паллиативная педиатрия; в **блоке Б.2. Базовой части:** помощник палатной медицинской сестры, помощник процедурной медицинской сестры, помощник врача стационара.

Знания: учение о здоровом образе жизни, взаимоотношения "врач-пациент"; основные принципы и положения конституционного, гражданского, административного и уголовного права; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий и основные способы разрешения конфликтов; основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на латинском и иностранном языках; основные направления психологии; строения и топографии органов и тканей, систем органов человеческого организма; клиническую картину, особенности течения и осложнения наиболее распространенных заболеваний у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов; методику непосредственного исследования больного в условиях детской поликлиники; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; критерии диагноза различных заболеваний; методы лечения и показания к их применению; особенности наблюдения и лечения больных с заболеваниями различных систем организма; основные этапы и организацию работы младшего и среднего медицинского персонала, современную классификацию заболеваний;

Умения: ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста; использовать не менее 900 терминологических единиц; выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; осуществлять осмотр больных различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем; измерять температуру тела, сатурацию, проводить антропометрию; осуществить дезинфекцию и пред стерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными; собрать анамнез; провести опрос, физикальное обследование пациента направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать больному план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию;

Навыки: изложение самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов; навыками информирования пациентов и их родителей в соответствии с требованиями правил "информированного согласия"; методами общего клинического обследования; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

3.2. Прохождение практики необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами и практиками: **в блоке Б.1 Базовой части:** госпитальная педиатрия. Клиническая фармакология.

Знания: заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы поликлиники; основы организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи взрослому населению, современные организационные формы работы и диагностические возможности поликлинической службы; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп детского населения, реабилитация пациентов; особенности организации и основные направления деятельности участкового врача и врача общей практики; методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации, осуществление экспертизы трудоспособности;

Умения: планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия; определить статус пациента, провести физикальное обследование пациента; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи;

поставить предварительный диагноз; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; применять различные способы введения лекарственных препаратов; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики; заполнять историю болезни, выписать рецепт;

Навыки: правильного ведения медицинской документации; методов общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмов развернутого клинического диагноза; алгоритмов постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к специалистам; основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

4. ОБЪЁМ ПРАКТИКИ

Общая трудоемкость практики – 5 З.Е./180 ч
Клиническая практика –5 з.е./180 ч
Рабочий день студента - 6 часов (360 мин), 6-дневная рабочая неделя.

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

№ п/п	Разделы практики	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу обучающегося и трудоемкость (в часах)		Формы текущего контроля
		Самостоятельная работа (6ч =360 мин в день)		
1	**Раздел I Проведение организационно-методического собрания со студентами, подготовка их к прохождению практики**			Согласно графику
1.1.	*Инструктаж по получению допуска к практике, по оформлению соответствующей документации к практике*			Учет посещаемости собрания (явочный лист)
1.2.	*Освоение практических навыков на фантомах и муляжах под контролем преподавателя*	На практических занятиях в течение цикла, согласно расписанию	Работа в центре практической подготовки под контролем преподавателя	Демонстрация манипуляций Опрос Аттестация навыков Допуск студентов к практике Отчет практики.
1.3.	*Инструктаж по технике безопасности и по правилам поведения в лечебном учреждении*			Журнал по технике безопасности ЛПУ Отчет практики.
2	**Раздел II Выполнение индивидуальных заданий - работа в поликлинике в качестве помощника врача-педиатра участкового**	На клинической базе под контролем преподавателя	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета.	Отчет практики

			Написание истории болезни	
2.1.	*Проведение первичного осмотра пациента совместно с врачом, постановка предварительного диагноза, определение тактики дополнительного обследования и лечения*	20 мин на 1 пациента, минимум 5 пациентов в день	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание осмотра в истории развития ребенка	
2.2.	*Оформление медицинской документации совместно с врачом*	50 мин – ежедневно	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание осмотра в истории развития ребенка	Отчет практики
2.3.	*Проведение санитарно-просветительской работы с пациентами, бесед по формированию здорового образа жизни*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов дневника. Написание записи в истории развития ребенка	Отчет практики
2.4.	*Оказание помощи пациентам с неотложными состояниями*	30 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание осмотра в истории развития ребенка	Отчет практики
2.5.	*Оформление учетно-отчетной документации*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание осмотра в истории развития ребенка	Отчет практики

3	**Раздел III** **Зачет с оценкой – промежуточная аттестация студентов по окончанию практики, подведение итогов практики**		Обсуждение курированных больных, ответ на билет	Отчет практики. Внесение оценки за практику в соответствующий раздел зачетной книжки студента.

6. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ/КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

6.1. Отчет по практике
6.2. Отзывы от базы практики – индивидуальные
6.3. Академическая история болезни

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ

7.1 Перечень оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

1. Контрольные вопросы по разделу «Педиатрия» (приложение №1 к рабочей программе).
2. Наборы тестовых заданий «Педиатрия» (приложение №2 к рабочей программе).
3. Ситуационные задачи «Педиатрия» (приложение №3 к рабочей программе).
4. Перечень практических навыков «Педиатрия» (приложение №4 к рабочей программе).
5. Критерии оценивания при аттестации по итогам прохождения практики.

7.2 Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

- Периоды детского возраста в аспекте охраны здоровья детей и подростков. Роль наследственности и внешней среды в патологии детского возраста.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

Возраст ребенка 7 мес., масса тела при рождении 3000 г, длина тела – 50 см., находится на искусственном вскармливании. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Приведите пример лечебных смесей. Составьте меню.

ЗАДАЧА 2

Первичный патронаж новорождённого.
Девочка 5 дней, родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отёчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок – 3×3 см, не напряжён. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 110 в минуту. Мать отмечает, что ребёнок неохотно и вяло сосёт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жёлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребёнка не проведён. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
4. При обследовании ребёнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребёнка.
Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Симптом, являющийся основанием для назначения антибиотикотерапии при острой респираторной вирусной инфекции:
A) повышение температуры тела выше 39С
B) признаки ларингита
C) кашель
D) катаральные явления в носоглотке
E) ухудшение общего состояния больного на фоне проводимой симптоматической терапии

2. Цитомегаловирусная инфекция вызывает пневмонию:
A) ателектатическую
B) деструктивную
C) сегментарную
D) очаговую
E) интерстициальную

3. При оценке эффективности антибактериальной терапии при пневмонии у детей полным эффектом считается
A) снижение температуры через 48 часов на фоне отрицательной рентгенологической динамики
B) снижение температуры через 96 часов после назначения антибиотика
C) сохранение субфебрилитета на фоне ухудшения состояния
D) сохранение фебрильной температуры на фоне улучшения состояния
E) снижение температуры в течение 24-48 часов на фоне улучшения состояния

4. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при
A) гемотораксе
B) пневмотораксе
C) гидропневмотораксе
D) лобарной эмфиземе

E) ателектазе легкого

5. Ребенок 7 лет. В клинической картине лихорадка, интоксикация, притупление перкуторного звука в нижней доле правого легкого. В оак нейтрофильный лейкоцитоз до 15 тысяч. Предположительный диагноз?
A) ларинготрахеит
B) синусит
C) бронхит
D) грипп
E) пневмония

6. Вирусная инфекция, при которой чаще возникает синдром крупа
A) энтеровирусная инфекция
B) парагрипп
C) аденовирусная инфекция
D) ротавирус
E) грипп

7. Чдд в 1 мин у здорового ребенка 2 лет в спокойном состоянии составляет
A) 25-30
B) 40-50
C) 30-35
D) 18-20
E) 15-16

8. Наиболее частый путь распространения инфекции в легких при пневмонии у детей
A) контактный
B) гематогенный
C) бронхогенный
D) лимфогенный
E) вертикальный

9. Бочкообразная форма грудной клетки возникает чаще всего при
A) экссудативном плеврите
B) гриппе
C) затяжной пневмонии
D) бронхиальной астме
E) бронхите

10. Клинико-рентгенологические признаки пневмоторакса все кроме
A) усиление одышки
B) смещение средостения в больную сторону
C) смещение средостения в здоровую сторону
D) отсутствие легочного рисунка на рентгенограмме
E) ослабление дыхания на больной стороне

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.

1. Оценить общий анализ крови ребенка.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРИ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Критерии оценивания устного опроса

отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно
Всестороннее систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании изложении и использовании учебно-программного материала	Полное знание учебного материала. Основной рекомендуемой литературы. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине (модулю) и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	Знание учебного материала в объеме необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендуемой к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы

Критерии оценивания ситуационной задачи

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задачи	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий
Полноты и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответах	Большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

Критерии оценки результатов тестирования

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 70% до 80% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста

Критерии оценивания учебной истории болезни

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Знание учебно-программного материала	Всестороннее, систематическое, глубокое	Полное знание	Знание в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и профессиональной деятельности	Имеет существенные пробелы
Сбор анамнеза, жалоб	Грамотно и полно	Грамотно	Справляется со сбором	Допускает ошибки
Объективное исследование	Проводит в исчерпывающем объеме	В требуемом объеме, допускает неточности	В объеме, необходимом для выявления типичных признаков изучаемой патологии	Допускает ошибки
Назначение лечения	В соответствии с современными представления медицинской науки	Назначает лечение	Знаком с принципами лечения	Не способен
Ошибки	Нет	Единичные стилистические, отступления от последовательности изложения текста, неточности субъективного или объективного исследования, недостаточное умение эффективно использовать данные объективного исследования в постановке диагноза и решении лечебно-диагностических задач	Множество стилистических ошибок, отступления от последовательности изложения текста, недостаточно владеет способами объективного исследования пациента и интерпретации результатов дополнительных методов исследования, но обладающий необходимыми знаниями и способностями для их устранения под руководством преподавателя	Не грамотное изложение материала

Критерии оценки отчёта по практике

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Отчёт оформлен согласно требованиям, заполнен аккуратно, полностью отражает количественные показатели работы студента. Практические навыки освоены в полном объёме. Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	Отчёт оформлен согласно требованиям, имеются некоторые замечания по оформлению (некоторая неаккуратность, недостаточно полное описание проделанной работы, освоенных навыков, неподробное описание деятельности). Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	Оформление отчётной документации небрежное, неполное, не отражает полноценно содержание учебной практики и работу студента. Имеется отрицательный отзыв заведующего отделением.	Отчёт не оформлен. Отзыв заведующего отделением отрицательный.

Критерии оценивания практических умений

Отлично	**Хорошо**	**Удовлетворительно**	**Неудовлетворительно**
Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию	Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследования больного, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное	Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое обследования больного, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), антропометрия).	Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению манипуляций.

	дыхание, непрямой массаж сердца), антропометрия) под контролем врача.		

РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РЕЙТИНГА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «ПРАКТИКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

(Разработано на основании положения о рейтинговой системе оценки знаний обучающихся в ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Приказ ректора №825 от 29.10.2015))

Промежуточный рейтинг знаний обучающихся по дисциплине (Р пром.) рассчитывается, исходя из текущего рейтингового балла обучающихся до промежуточной аттестации (зачет) (Р до зач.) и рейтингового балла, полученного при проведении промежуточной аттестации (Р зач. с оценкой):

Р пром = Р до зач. × 0,6 + Р зач.×0,4

Работа студента до промежуточной аттестации является наиболее значимой и более полно отражает его рейтинг по производственной практике, поэтому этой оценке присваивается вес, равный 0,6 (т.е. 60% от общей оценки), оценка промежуточной аттестации (зач. с оценкой) имеет вес, равный 0,4 (т.е. 40% от общей оценки).

В зачетную книжку выставляется отметка, исходя из промежуточного рейтинга знаний по дисциплине.

Критериями являются следующие баллы, соответствующие оценке в пятибалльной системе:

85 – 100 рейтинговых баллов -5 «отлично»;
70 – 84 рейтинговых баллов -4 «хорошо»;
55 – 69 рейтинговых баллов -3 «удовлетворительно»;
менее 55 рейтинговых баллов -2 «неудовлетворительно».

Расчет текущего рейтинга знаний обучающихся до промежуточной аттестации.

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
Посещаемость (П);
История болезни (ИБ);
Оформление отчётной документации по практике (Д);
Тестирование (Тест).

Для расчета рейтинга посещаемости следует произвести расчеты по схеме: посетил все дни – 10 рейтинговых баллов, вес каждого дня определяется путем деления 10 на количество посещённых рабочих дней, т.е. на 30 дней. Таким образом, вес каждого посещённого рабочего дня составляет 0,33 балла.

Истории болезни оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

Оформление отчёта по практике оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

Результаты тестирования оцениваются согласно доле (в процентах) правильных ответов. Перевод оценки из пятибалльной системы, полученных при фронтальной оценке знаний по «рейтинговым темам» в рейтинговые баллы (процент достижения цели), осуществляется следующим образом:

5-ти балльная система	5-ти балльная система	Процент достижения цели
5	10	100
5-	9	90
4	8	80
4-	7	70
3	6	60
3-	5	50
2	0	0

Р до зач. = Р1× 0,35 + Р2×0,3+ Р3×0,3+ Р4×0,05

Р1 - посещаемость (вес = 0,35)
Р2 - рейтинговый балл за историю болезни (вес = 0,3)
Р3- рейтинговый балл за оформление документации (вес = 0,3)
Р4 - - рейтинговый балл за тесты (вес = 0,05)

Обучающийся, получивший по итогам рейтинговых контролей менее 55 баллов (из 100 возможных), допускается к промежуточной аттестации (зачету с оценкой) по дисциплине.

Р зач. = Р5× 0,2 + Р6 ×0,4+ Р7×0,4

Р5 - рейтинговый балл за промежуточный тестированный контроль (вес=0,2)
Р6 - рейтинговый балл за ответ на ситуационную задачу (вес=0,4)
Р7- рейтинговый балл за оценку практические навыков, представленных в ситуационной задаче (вес=0,4)

Пример расчета текущего и промежуточного рейтинга знаний по производственной практике «Практика педиатрического профиля»

О – оценка (балльная система);
Р – рейтинг (процент достижения цели).
Посетил 25 дней из 30; Р1=82
О2=4-; Р2=70
О3=4; Р3=80
О4=4-; Р4=70

Р до зач. = Р1× 0,35 + Р2×0,3+ Р3×0,3+ Р4×0,05= 82×0,35+70×0,3+80×0,3+ 70×0,05=77

Следовательно, если студент на промежуточной аттестации (зачете с оценкой) получил:
О5=3; Р5=60
О6=4-; Р6=70
О7=4; Р7=80

Р зач.= Р5× 0,2 + Р6 ×0,4+ Р7×0,4= 60×0,2+ 70×0,4+80×0,4=72

тогда Р промеж = Р до зач. × 0,6+ Р зач × 0,4 = 77 × 0,6 + 72× 0,4 = 75

Таким образом, промежуточный рейтинг по производственной практике «Практика педиатрического профиля»составит 75 и в зачетку ставится «хорошо».

8. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

8.1. Перечень основной литературы

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4
1.	Педиатрия : национальное руководство: краткое издание / АСМОК; под редакцией А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3409-3.– URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html. – Текст : электронный(дата обращения 12.03.2020).	-	-
2.	Педиатрия : учебник для медицинских вузов /под редакцией Н. П. Шабалова. - 6-е, испр. и доп. изд. – Санкт-Петербург :СпецЛит, 2015. - 959 с. - ISBN 9785299006377. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/pediatriya-3560047/. – Текст : электронный (дата обращения : 05.06.2020).	-	-

8.2. Перечень дополнительной литературы

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4
1.	Баранов, А.А.Детские болезни : учебник / под редакцией А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1116-2. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html. – Текст : электронный (дата обращения 14.03.2020).	-	-
2.	Калмыкова, А. С. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под редакцией А. С. Калмыковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с. - ISBN 978-5-9704-2648-7. - URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html. – Текст : электронный (дата обращения : 10.06.2020).	-	-
3.	Кильдиярова, Р.Р. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Р. Р. Кильдиярова. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3391-1.– URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html. – Текст : электронный (дата обращения : 05.06.2020).	-	-
4.	Неотложная педиатрия: национальное руководство / под редакцией Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017.	-	-

	- 832 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3766-7.– URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437667.html. – Текст : электронный (дата обращения : 12.03.2020).		
5.	Учайкин, В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии : практическое руководство / В.Ф. Учайкин, В.П. Молочный. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 256 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-2739-2. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427392.html. – Текст : электронный (дата обращения : 14.03.2020).	-	-
6.	Шайтор, В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4116-9.– URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441169.html. – Текст : электронный (дата обращения : 14.03.2020).	-	-

8.3 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы.

1. "Консультант студента" (studmedlib.ru)
2. "BookUp" (www.books-up.ru)
3. "Лань" (e.lanbook.com)
4. Для обучения в ВГМУ используется система Moodle, расположенная по данному адресу: http://moodle.vsmaburdenko.ru/.
5. медицинские поисковые системы: MedExplorer, MedHunt, PubMed, MedScape, eLibrary, др).
6. www.uptodate.com Информационный ресурс доказательной медицины
7. www.cdc.gov Centers for disease control and prevention fda.gov U.S. Foodand Drug Administration
8. http://www.nlm.nih.gov/- PubMed- главная медицинская поисковая система
9. http://jasn.asnjournals.org/
10. http://www.jurology.com/
11. http://www.jimmunol.org/
12. http://medlinks.ru/eng/basi.htm- медицинские базы данных
13. http://www.medpoisk.ru/catalog_view.php
14. http://farmafak.ru/Pediatriya-1.htm (FARMAFAK.RU - Единственная актуальная медицинская электронная библиотека)
15. информационные ресурсы ВГМУ им.Н.Н.Бурденкоhttp://onmb.vrn.su/inform
16. http://www.journals.uchicago.edu/toc/jid/current- журнал инфекционных болезней
17. http://content.nejm.org/ New England Journal of medicine
18. http://www.medlit.ru/medrus/jrnls.htm-Журналы, выходящие в издательстве «МЕДИЦИНА»
19. http://www.rusmedserv.com/
20. http://www.rosmedic.ru/pediatriya-i-neonatologiya/ (электронные учебники по педиатрии и неонатологии)
21. http://www.medic-21vek.ru/- электронный медицинский журнал
22. http://www.rmj.ru/ -Русский медицинский журнал
23. http://www.medliter.ru/ (электронные медицинские книги)
24. http://www.medlit.ru/medrus/rosped.htm (Российский педиатрический журнал)
25. http://www.lvrach.ru/rub/4607859/ (журнал «Лечащий врач» для профессионалов)

26. Журналы издательства по медицине и здравоохранению на портале ScienceDirect - Elsevier: http://www.sciencedirect.com
27. Журналы по медицине LippincottWilliams&Wilkins (LWW)- http://ovidsp.ovid.com/autologin
28. Oxfordjournal http://www.oxfordjournals

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Перечень оборудования, необходимого для проведения практики:

1. Наборы электрокардиограмм (нарушения возбудимости)
2. Набор электрокардиограмм (нарушения проводимости)
3. Набор обзорных рентгенограмм органов грудной клетки, органов брюшной полости
4. Набор рентгенограмм с контрастированием
5. Набор рентгенограмм таза
6. Набор снимков КТ
7. Набор общих анализов крови (анемии)
8. Набор общих анализов крови (лейкозы)
9. Набор биохимических анализов крови
10. Набор общих анализов мочи
11. Набор анализов мочи по Зимницкому, Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Ребергу
12. Набор результатов УЗИ (сердца, органов брюшной полости, почек, малого таза)

Приложение 1

Перечень контрольных вопросов для подготовки к зачёту по производственной практике «Практика педиатрического профиля»
по специальности 31.05.02 – педиатрия
студентов 5 курса педиатрического факультета

1. Периоды детского возраста в аспекте охраны здоровья детей и подростков. Роль наследственности и внешней среды в патологии детского возраста.
2. Перинатальное поражение центральной нервной системы новорожденных. Этиология. Клиника, лечение, профилактика.
3. Дифференциальная диагностика желтух у новорожденных.
4. ВУИ. Диагностика, клиника, лечение.
5. Физическое развитие ребёнка. Законы нарастания массы и длины тела. Оценка физического развития. Семиотика нарушений физического развития.
6. Возрастные особенности нервно-психического развития ребёнка первого года жизни. Семиотика поражения нервной системы.
7. Рахит. Этиология. Диагностика. Клиника. Профилактика и лечение. Понятие о спазмофилии. Профилактика.
8. Аномалии конституции. Классификации. Причины и патогенез формирования аномалий конституции. Клиника, диагностика. Лечение.
9. Естественное вскармливание и его значение для развития ребёнка грудного возраста. Основные принципы введения прикорма.
10. Искусственное и смешанное вскармливание детей первого года жизни.
11. Питание детей старше года.
12. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста: виды дистрофий, принципы развития, профилактика. Гипотрофия, классификация, клиника, лечение, профилактика.
13. Анемии у детей раннего возраста. Виды анемий. Этиология. Принципы диагностики. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста. Этиология, классификация, клиника, лечение, профилактика.
14. Бронхиты у детей. Классификация, клиника, диагностика и тактика лечения.
15. Пневмонии у детей. Этиология, классификация, клиника. Критерии диагностики. Осложнения. Лечение.
16. Бронхиальная астма: классификация, этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение. Неотложная помощь в приступном периоде. Профилактика.
17. ХНЗЛ: бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз, синдром Картагенера у детей. Причины развития. Клиника, диагностика. Принципы терапии и профилактики. Пороки развития бронхов и лёгких. Классификация, клиника, лечение.
18. Синдром вегетативной дисфункции у детей. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
19. Дефект межпредсердной перегородки, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
20. Дефект межжелудочковой перегородки, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
21. Открытый артериальный проток, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
22. Коарктация аорты, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
23. ТетрадаФалло, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение. Одышечно-цианотические приступы. Неотложная помощь.
24. Недостаточность кровообращения у детей. Классификация. Этиология. Клиника и диагностика. Принципы терапии синдрома хронической недостаточности кровообращения у детей.
25. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
26. Приобретённые пороки сердца. Митральная недостаточность и митральный стеноз.

Классификация, гемодинамика, клиника, диагностика, принципы лечения.

27. Приобретённые пороки сердца. Аортальная недостаточность и аортальный стеноз, гемодинамика, клиника, диагностика, принципы лечения.
28. Системные заболевания соединительной ткани у детей. Современные данные о причинах и патогенезе. Принципы диагностики.
29. Системная красная волчанка. Клиника, диагностика и тактика лечения.
30. Склеродермия. Клиника, диагностика и тактика лечения.
31. Ювенильный ревматоидный артрит, этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и терапии.
32. Хронический гастрит и гастродуоденит у детей. Дискинезии желчевыводящих путей у детей. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика и тактика лечения.
33. Язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки у детей и подростков. Этиология. Клиника, диагностика и тактика лечения. Осложнения.
34. Панкреатиты у детей. Этиология. Клиника, диагностика и тактика лечения.
35. Гемофилия. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
36. Геморрагический васкулит. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
37. Иммунная тромбоцитопения. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
38. Острые и хронические лейкозы у детей. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения.
39. Пиелонефрит у детей. Этиология. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
40. Острый гломерулонефрит. Этиология. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
41. Острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит у детей. Этиология. Клинические проявления. Профилактика.
42. Синдром почечной недостаточности у детей. Принципы развития, варианты течения. Клиника, диагностика и тактика лечения.
43. Сахарный диабет у детей. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика и тактика лечения, профилактика.
44. Гипогликемическая и кетоацидотическая комы. Клиника, дифференциальная диагностика и тактика лечения.
45. Заболевания щитовидной железы у детей. Причины. Клинические симптомы. Диагностика и принципы лечения.
46. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей. Симптомы поражения.
47. Анатомо-физиологические особенности системы кровообращения у детей. Симптомы поражения.
48. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей. Симптомы поражения.
49. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы у детей. Симптомы поражения.
50. Анатомо-физиологические особенности системы крови у детей. Симптомы поражения.

Приложение 2

Перечень тестовых заданий для подготовки к зачёту по производственной практике «Практика педиатрического профиля» по специальности 31.05.02 – педиатрия студентов 5 курса педиатрического факультета

1. Симптом, являющийся основанием для назначения антибиотикотерапии при острой респираторной вирусной инфекции:
A) повышение температуры тела выше 39С
B) признаки ларингита
C) кашель
D) катаральные явления в носоглотке
E) ухудшение общего состояния больного на фоне проводимой симптоматической терапии

2. Цитомегаловирусная инфекция вызывает пневмонию:
A) ателектатическую
B) деструктивную
C) сегментарную
D) очаговую
E) интерстициальную

3. При оценке эффективности антибактериальной терапии при пневмонии у детей полным эффектом считается
A) снижение температуры через 48 часов на фоне отрицательной рентгенологической динамики
B) снижение температуры через 96 часов после назначения антибиотика
C) сохранение субфебрилитета на фоне ухудшения состояния
D) сохранение фебрильной температуры на фоне улучшения состояния
E) снижение температуры в течение 24-48 часов на фоне улучшения состояния

4. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при
A) гемотораксе
B) пневмотораксе
C) гидропневмотораксе
D) лобарной эмфиземе
E) ателектазе легкого

5. Ребенок 7 лет. В клинической картине лихорадка, интоксикация, притупление перкуторного звука в нижней доле правого легкого. В оак нейтрофильный лейкоцитоз до 15 тысяч. Предположительный диагноз?
A) ларинготрахеит
B) синусит
C) бронхит
D) грипп
E) пневмония

6. Вирусная инфекция, при которой чаще возникает синдром крупа
A) энтеровирусная инфекция
B) парагрипп
C) аденовирусная инфекция
D) ротавирус

E) грипп

7. Чдд в 1 мин у здорового ребенка 2 лет в спокойном состоянии составляет
A) 25-30
B) 40-50
C) 30-35
D) 18-20
E) 15-16

8. Наиболее частый путь распространения инфекции в легких при пневмонии у детей
A) контактный
B) гематогенный
C) бронхогенный
D) лимфогенный
E) вертикальный

9. Бочкообразная форма грудной клетки возникает чаще всего при
A) экссудативном плеврите
B) гриппе
C) затяжной пневмонии
D) бронхиальной астме
E) бронхите

10. Клинико-рентгенологические признаки пневмоторакса все кроме
A) усиление одышки
B) смещение средостения в больную сторону
C) смещение средостения в здоровую сторону
D) отсутствие легочного рисунка на рентгенограмме
E) ослабление дыхания на больной стороне

11. Чдд в 1 минуту у новорожденных детей
A) 18-20
B) 16-18
C) 20-40
D) 40-60
E) 30-35

12. Инструментальное исследование, являющееся «золотым стандартом» для подтверждения диагноза пневмонии
A) спирография
B) бронхография
C) рентгенография легких
D) пикфлоуметрия
E) сцинтиграфия легких

13. Антибиотики, которые необходимо назначить при афебрильной пневмонии
A) аминопенициллины per os
B) макролиды per os
C) пенициллин в/мышечно
D) аминогликозиды в/мышечно

E) фторхинолоны per os

14. Для микоплазменной пневмонии не характерно
A) сезонность – чаще осенью
B) длительный кашель
C) деструкция легочной ткани
D) чаще болеют дети школьного возраста
E) отсутствие токсикоза

15. Какой антибиотик наиболее целесообразно назначить при микоплазменной пневмонии
A) джозамицин
B) цефатоксим
C) гентамицин
D) ампициллин
E) амоксиклав

16. Какой антибиотик наиболее целесообразно назначить при хламидийной пневмонии
A) вильпрафен
B) цефатоксим
C) левомицетин
D) ампициллин
E) ванкомицин

17. Синуситы не характерны для
A) детей старшего школьного возраста
B) детей младшего школьного возраста
C) детей грудного возраста
D) подростков
E) пожилых

18. Синдром «цилиарной дискинезии» характерен для
A) муковисцидоза
B) затяжного течения пневмонии
C) синдрома картегенера
D) поликистоза легких
E) гемосидероза легких

19. Какие из приведенных фактов будут верны для бронхиальной астмы
A) если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%
B) конкордантность у монозиготных близнецов 100%
C) у сельских жителей возникает чаще, чем у городских
D) если болеет только отец – риска для ребенка практически нет
E) заболевание передается воздушно-капельным путем

20. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют прежде всего
A) блокаторы н1- гистаминовых рецепторов
B) теофиллин
C) бета2-адреномиметики
D) бета-блокаторы
E) блокаторы лейкотриеновых рецепторов

21. У детей пуэрильное дыхание выслушивается в возрасте
A) с рождения до 4 лет
B) с 6 мес до 5-7 лет
C) с 1 года до 8 лет
D) 6 мес до 12 лет
E) старше 12 лет

22. Альвеолярная фаза эмбрионального развития начинается на
A) 17 неделе гестации
B) 24 неделе гестации
C) 3 неделе гестации
D) 7 неделе гестации
E) 14 неделе гестации

23. Бронхиолит характеризуется
A) поражением бронхов без признаков бронхиальной обструкции
B) поражением бронхов с признаками бронхиальной обструкции
C) поражением мелких бронхов и бронхиол без признаков дн
D) поражением мелких бронхов и бронхиол с признаками дн
E) поражением мелких и средних бронхов

24. Наиболее часто этиологией острого бронхита у детей являются:
A) атипичная флора (микоплазма, хламидии, легионелла)
B) бактерии (пневмококк, стафилококк, в.pertussis,haemophilus influenzae)
C) вирусы (парагрипп, сезонная коронавирусная инфекция, риновирус, рс-вирус)
D) грибковая флора (кандидоз, аспергиллез)
E) аспирационный бронхит

25. Внебольничной называется пневмония, развившаяся после выписки из стационара
A) в первые 102 часа после выписки
B) в первые 48 часов после выписки
C) в первые 82 часа после выписки
D) в первые 92 часа после выписки
E) пневмония вне стационара всегда внебольничная

26. Внутрибольничной называется пневмония, развившаяся в стационаре
A) в первые 102 часа после госпитализации
B) в первые 48 часов после госпитализации
C) в первые 82 часа после госпитализации
D) в первые 92 часа после госпитализации
E) пневмония в стационаре всегда внутрибольничная

27. Длительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим внебольничную пневмонию без осложнений
A) 1 год
B) 3 месяца
C) 6 месяцев
D) 1 месяц
E) до 18 лет

28. К неспецифической профилактике внебольничной пневмонии не относится
A) вакцинация от пневмококковой и гемофильной инфекции
B) закаливание
C) занятия спортом
D) профилактический прием индукторов интерферона
E) рациональное питание ребенка

29. Пик заболеваемости внебольничной пневмонией приходится на
A) весенний период
B) зимний период
C) летний период
D) осенний период
E) не имеет сезонности

30. «лающий» кашель характерен для больных
A) острым простыми бронхитом
B) острым обструктивным бронхитом
C) ринофарингитом
D) пневмонией
E) ларингитом

31. Кашель, чувство затруднения дыхания при физической нагрузке, экспираторная одышка возникает у детей с
A) острой пневмонией
B) ларингитом
C) коклюшем
D) бронхиальной астмой
E) аспирацией инородного тела гортани

32. Коробочный оттенок перкуторного звука определяется у больных
A) бронхоэктатической болезнью
B) острым простым бронхитом
C) острым обструктивным бронхитом
D) острым ларинготрахеитом
E) острой пневмонией

33. Локальное ослабление дыхания характерно для
A) начального периода острой пневмонии
B) приступного периода бронхиальной астмы
C) острого ларинготрахеита
D) острого простого бронхита
E) острого обструктивного бронхита

34. Диффузное ослабление дыхания характерно для
A) острой пневмонии
B) острого простого бронхита
C) острого ринофарингита
D) приступного периода бронхиальной астмы
E) коклюша

35. Основными симптомами острого простого бронхита является
A) сухой кашель, переходящий во влажный на фоне умеренной инфекционной интоксикации
B) «лающий» кашель
C) приступообразный кашель с репризами
D) выраженная интоксикация с повышением температуры тела без кашля
E) спастический кашель и свистящие хрипы

36. Острой считается пневмония, разрешающаяся в сроки до
A) 8 недель
B) 6 недель
C) 3 месяцев
D) 4 месяцев
E) 6 месяцев

37. Затяжной считается пневмония длительностью более
A) 8 недель
B) 6 недель
C) 3 месяцев
D) 4 месяцев
E) 6 месяцев

38. Для бронхиальной астмы средней степени тяжести характерно
A) частота ночных симптомов менее 2 раз в месяц, офв1 – 85%, переносимость физической нагрузки не нарушена
B) частота ночных симптомов больше 1 раза в неделю, офв1 – 70%
C) частота ночных симптомов менее 1-2 раза в месяц, офв1 – 90%, имеется небольшое ограничение физической активности
D) частота ночных симптомов - ежедневно, офв1 – 40%
E) частота ночных симптомов - ежедневно, офв1 – 50%, не нарушена переносимость физической активности

39. К большим признакам для диагностики бронхиальной астмы у детей до 5 лет относят все кроме
A) бронхиальная астма у мамы
B) эозинофилия по данным оак
C) атопический дерматит у мамы
D) аллергия к белкам коровьего молока
E) чувствительность к пыли

40. К малым признакам для диагностики бронхиальной астмы у детей до 5 лет относят
A) повышение уровня общего ige
B) эозинофилию
C) повышение уровня эозинофильного катионного белка
D) отягощенную наследственность по бронхиальной астме
E) возникновение симптомов бронхообструкции на фоне орви

41. Тест с бронхолитиком у больных с бронхиальной астмой считается положительным, если прирост офв1 был на
A) 50 мл

B) 200 мл
C) ≥10%
D) 120 мл
E) ≥30%

42. Ателектаз на рентгенограмме характеризуется следующими признаками
A) синдром круглой тени, смещение средостения в здоровую сторону
B) смещение средостения в сторону поражения, сужение межреберных промежутков
C) уплощение купола диафрагмы, уменьшение тени сердца в поперечнике
D) равномерное затенение части легочного поля
E) очаговое уплотнение, смещение средостения в сторону поражения

43. Основной этиологический фактор при развитии пневмонии у детей старше 1 года
A) в-гемолитический стрептококк группы а
B) пневмококк
C) стафилококк
D) грамотрицательная флора
E) вирусные агенты

44. В лечении внебольничных пневмоний для детей старше 6 месяцев предпочтительнее всего использовать
A) джозамицин, азитромицин
B) амоксициллин, амоксициллин/клавуланат
C) левофлоксацин, ципрофлоксацин
D) доксициклин, тетрациклин
E) ванкомицин, линезолид

45. Препараты выбора при стрептококковой пневмонии
A) джозамицин, азитромицин
B) амоксициллин, амоксициллин/клавуланат
C) левофлоксацин, ципрофлоксацин
D) доксициклин, тетрациклин
E) ванкомицин, линезолид

46. Для лечения внебольничной пневмонии микоплазменной этиологии у детей на амбулаторном этапе препаратами выбора являются
A) джозамицин, азитромицин
B) амоксициллин, амоксициллин/клавуланат
C) левофлоксацин, ципрофлоксацин
D) доксициклин, тетрациклин
E) ванкомицин, линезолид

47. Одышкой для ребенка 12 месяцев считается, если чдд
A) больше 50/в мин
B) больше 35/в мин
C) больше 18-20/в мин
D) больше 40/в мин
E) больше 25/в мин

48. Одышкой для ребенка 3 лет считается, если чдд

A) больше 40/в мин
B) больше 35/в мин
C) больше 18/в мин
D) больше 20/в мин
E) больше 25/в мин

49. Рентгенологическая картина легких в виде неоднородной инфильтрации легочных полей («снежная буря») наиболее характерна для пневмонии, этилогическим фактором которой является
A) микоплазма
B) хламидия
C) легионелла
D) стафилококк
E) пневмококк

50. Схема вакцинации от пневмококковой инфекции в соответствии с национальным календарем прививок
A) 2 мес, 4,5 мес, ревакцинация в 1 год и 3 мес.
B) 3 мес, 4,5 мес, 6 мес и ревакцинация в 18 мес.
C) 1 мес, 6 мес и ревакцинация в 12 мес
D) 2 мес, 8 мес, ревакцинация в 1 год и 6 мес
E) 3 мес, 4,5 мес и ревакцинация в 6 мес

51. Сурфактант начинает образовываться на …неделе внутриутробного развития
A) 24-35
B) 8-10
C) 14-21
D) 2-4
E) 38-40

52. У недоношенных детей чаще наблюдается… пневмония
A) мелкоочаговая
B) сливная
C) крупозная
D) интерстициальная
E) крупноочаговая

53. Бронхиальная астма у детей характерезуется как хроническое заболевание дыхательной системы вследствие
A) аллергического воспаления слизистой оболочки бронхов и бронхиальной гиперреактивности
B) инфекционного воспаления слизистой оболочки бронхов
C) необратимой обструкции бронхов и нарастающей дыхательной недостаточности
D) обструкцией с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
E) необратимой обструкции бронхов без развития дыхательной недостаточности

54. Жесткое дыхание характеризуется:
A) соотношение выдоха ко вдоху 1:1
B) соотношение вдоха к выдоху 3:1

C) соотношение вдоха к выдоху 2:1
D) соотношение выдоха ко вдоху 3:1
E) соотношение выдоха ко вдоху 2:1

55. Начало внутриутробного формирования почек
A) на 3 неделе
B) на 5 неделе
C) на 7-9 неделе
D) на 9-10 неделе
E) на 1 неделе

56. Созревание почки в целом заканчивается к
A) 7 годам
B) 5-8 годам
C) 3-6 годам
D) 0-1 году
E) 1-3 годам

57. К функциям почек относят
A) глюконеогенез, образование эритропоэтина
B) вырабатывают кортизол, кортикостерон
C) синтез альдостерона
D) фильтрационная, гемолитическая, строительная
E) фильтрационная, эндокринная, выработка половых гормонов

58. В клубочках почек происходит фильтрация
A) воды, микроэлементов, глюкозы, остаточных продуктов обмена веществ
B) микроэлементов, фосфорных соединений
C) глюкозы, ионов, белковых фракций
D) воды, микроэлементов, кальция, фосфора, натрия, калия
E) воды, остаточных продуктов азотистого обмена, электролитов, активным транспортом ряда веществ в канальцах.

59. Емкость мочевого пузыря новорожденного составляет до(мл)
A) до 150
B) до 50
C) до 200
D) до 260
E) до 90-100

60. Емкость мочевого пузыря годовалого ребенка составляет до (мл)
A) до 150
B) до 400
C) до 200
D) до 75
E) до 100

61. Мочеиспускательный канал у новорожденного мальчика имеет длину
A) до 3 см
B) 5-6 см

C) 20 см
D) 8-10 см
E) 12-15 см

62. У новорожденных девочек длина мочеиспускательного канала равна
A) 10-12 см
B) 8-10 см
C) 5-7 см
D) 1-1.5 см
E) 2-5 см

63. Первичная моча образуется
A) в лоханке почек
B) в корковом слое
C) в клубочке
D) в мочеиспускательном канале
E) в надпочечниках

64. Скф у детей старшего возраста и взрослых в норме составляет
A) 40—1200 мл / мин
B) 60—100 мл / мин
C) 800—1200 мл / мин
D) 8—12 мл / мин
E) 80—120 мл / мин

65. Окончательная концентрация мочи происходит
A) в лоханке почек
B) в корковом слое
C) в собирательных трубках
D) в мочеиспускательном канале
E) в надпочечниках

66. Цвет мочи в норме
A) соломенно-желтый
B) желтый
C) оранжевый
D) светло-коричневый
E) темно-желтый

67. Олигурия - это
A) метод исследования
B) болезненное мочеиспускание
C) прекращение выделения мочи
D) увеличение суточного количества мочи
E) уменьшение суточного количества мочи

68. Никтурия - это
A) состояние, при котором количество выделенной мочи в сутки превышает физиологическую норму
B) болезненное мочеиспускание

C) прекращение выделения мочи в ночное время
D) состояние, при котором количество выделенной мочи днем превышает количество ночной мочи
E) состояние, при котором ночной диурез превышает дневной

69. Изостенурия - это
A) плотность мочи, равная плотности плазмы крови
B) низкая плотность по сравнению со среднем показателем
C) средняя плотность мочи
D) низкая плотность мочи
E) высокая плотность мочи

70. Нефротический синдром - это
A) симптомокомплекс, характеризующийся болезненным мочеиспусканием, лейкоцитурией, гематурией
B) клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией, гиперпротеинемией, гиполипидемией, генерализованными отеками
C) клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией (>50 мг/кг/сут), гипоальбуминемией, гиперлипидемией, отеками, в том числе полостными
D) снижение плотности мочи в течении суток
E) клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией (>50 мг/кг/сут или 2,5 г/сут и более), гиперальбуминемией, гиперлипидемией

71. Болеют гломерулонефритом чаще всего дети в возрасте
A) 5-12 лет
B) 1-3 года
C) 3-7 лет
D) 12-18 лет
E) 10-15 лет

72. В возникновении гломерулонефритов ведущее значение имеет
A) кишечная палочка
B) β-гемолитический стрептококк группы а
C) β-гемолитический стрептококк группы в
D) микоплазменная инфекция
E) стафилококковая инфекция

73. К периодам острого гломерулонефрита относят
A) начальных проявлений, среднего периода, рецидивирующий, хронический
B) начало, разгар, окончательный период
C) начальных проявлений, разгара (2-4 нед), обратного развития симптомов и выздоровления (2-3 мес),а также переход в хроническую форму
D) затяжной, быстрый, быстропрогрессирующий
E) острый, подострый, хронический, рецидивирующий

74. Острый пиелонефрит - это
A) воспалительное заболевание почечной паренхимы и лоханки, возникшее вследствие бактериальной инфекции
B) воспалительное заболевание мочеточников
C) воспалительное заболевание мочевого пузыря

D) воспалительное заболевание надпочечников
E) воспалительное заболевание мочевыделительной системы, возникшее вследствие вирусной инфекции

75. Чаще всего возбудителем инфекции мочевыделительных путей у детей является
A) serratia
B) escherichia coli
C) pseudomonas spp.
D) staphylococcus saprophyticus
E) klebsiella

76. Выберите диференциально-диагностические критерии пиелонефрита
A) повышение температуры 38°с, поллакиурия, гематурия, лимфоцитоз
B) гипотермия, терминальная ишурия, боли в животе, моноцитоз
C) лихорадка, боли при мочеиспускании, лейкопения
D) интоксикация, боли в поясничной области, гематурия, протеинурия
E) повышение температуры более 38°с, интоксикация, боли в животе/пояснице, нейтрофильный лейкоцитоз, лейкоцитурия

77. Основное консервативное лечение пиелонефрита
A) противовирусная терапия
B) антибактериальная терапия
C) противогрибковая терапия
D) иммунномодулирующая терапия
E) симптоматическая терапия

78. Острая почечная недостаточность - это
A) острое, потенциально необратимое нарушение выделительной функции почек, проявляющееся быстро нарастающей азотемией и тяжелыми водно-электролитными нарушениями
B) острое, потенциально обратимое нарушение выделительной функции почек, проявляющееся быстро нарастающей азотемией и тяжелыми водно-электролитными нарушениями
C) острое, нарушение выделительной функции почек, проявляющееся бактериурией
D) подострое, потенциально обратимое нарушениевыделительной функции почек, проявляющееся быстронарастающей азотемией и тяжелыми водно-электролитными нарушениями
E) хроническое, потенциально необратимое нарушение выделительной функции почек

79. Хроническая болезнь почек - это
A) повреждение надпочечников, либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более
B) повреждение почек, легких, либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более
C) повреждение почек, либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более
D) повреждение почек, либо снижение их функции в течение 1 месяцев и более
E) повреждение почек и забрюшинного пространства, либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более

80. Диагноз хбп можно поставить при уровне
A) скф ≤ 60 мл/мин/1,73м2
B) скф ≤ 600 мл/мин/1,73м2

C) скф ≤ 160 мл/мин/1,73м2
D) скф ≤ 1200 мл/мин/1,73м2
E) скф ≤ 80 мл/мин/1,73м2

81. Профилактическая противорецидивная терапия при имвп показана
A) при наличии 2-х рецидивов в течении года у ребенка 10 лет
B) при наличии пмр 3 степени
C) при развитии хбп
D) при снижении концентрационной функции почек у ребенка 7 лет
E) всем мальчикам до 3-х лет

82. В лечении хбп у детей до года лучше использовать препарат для снижения ад
A) лизиноприл
B) каптоприл
C) эналаприл
D) лозартан
E) атенолол

83. Пропальпировать почки у детей в норме можно до (лет)
A) 7
B) 2
C) 14
D) 5
E) 10

84. Показание для биопсии почек у детей
A) макрогематурия
B) стероидорезистентный нефротический синдром
C) массивная протеинурия и отеки
D) нефритический синдром
E) мочекаменная болезнь

85. По отношению к брюшине почки расположены
A) экстраперитонеально
B) ретроперитонеально
C) мезоперитонеально
D) интроперитонеально
E) фронтально

86. Дольчатое строение почки у детей имеют в возрасте до(в годах)
A) 7
B) 5
C) 14
D) 3
E) 10

87. В лечении неосложненного пиелонефрита у детей используют
A) гормоны
B) уросептики
C) антиагреганты

D) гипотензивные препараты
E) петлевые диуретики

88. «золотой стандарт» для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса
A) экскреторная урография
B) микционная цистография
C) узи почек и мочевого пузыря
D) проба с фуросемидом и водной нагрузкой
E) почечная ангиография

89. Длительность применения антибиотиков при неосложненном пиелонефрите
A) 5 дней
B) 10-14 дней
C) 7 дней
D) 21 день
E) 28 дней

90. Мальчик 8 месяцев,наблюдается температура 39.5 с, прорезывание зубов, интоксикация. В оак нейтрофильный лейкоцитоз, повышение соэ. В оам бактериурия, лейкоцитурия. Предположительный диагноз
A) орви
B) острый пиелонефрит
C) острый цистит
D) реакция на прорезывание зубов
E) острый гломерулонефрит

91. Болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, оак без патологических изменений характерно для
A) острого гломерулонефрита
B) острого цистита
C) острого пиелонефрита
D) поликистоза почек
E) острого живота

92. Клинические признаки: гематурия, артериальная гипертензия, отеки, протеинурия характерны для
A) острого гломерулонефрита
B) геморрагического цистита
C) острого пиелонефрита
D) поликистоза почек
E) интерстициального нефрита

93. Пациентам с хроническим гломерулонефритом при диспансеризации уровень креатинина необходимо оценивать
A) 2 раза в год
B) 1 раз в 2 недели
C) 1 раз в месяц
D) 1 раз в год
E) 1 раз в 3 месяца

94. При остром гломерулонефрите с нефротическим синдромом характер отеков
A) распространенные, вплоть до анасарки
B) скрытые
C) характерна только пастозность век
D) ограничиваются отеками на голенях и стопах
E) умеренные

95. Экспресс-диагностика в виде тест-полосок для определения в моче уровня нитритов, лейкоцитарной эстеразы используется для диагностики
A) имвп
B) острого тубулоинтерстициального нефрита
C) острого постстрептококкового гломерулонефрита
D) быстропрогрессирующего гломерулонефрита
E) синдрома альпорта

96. Гиперлипидемия наиболее характерна для
A) нефротической формы гломерулонефрита
B) тубулоинтерстициального нефрита
C) нефритической формы гломерулонефрита
D) хронического пиелонефрита
E) синдрома альпорта

97. Острый постстрептококковый гломерулонефрит может развиться через 2-4 нед после
A) рожистого воспаления
B) псориаза
C) стафилодермии
D) атопического дерматита, осложненного кандидозом
E) карбункула

98. При гнойной ангине стрептококковой этиологии осложнения чаще всего развиваются в виде
A) синовита, миокардита, гломерулонефрита
B) пневмонии, пиодермии, шокоподобного синдрома
C) гепатита, артрита, синовита
D) гломерулонефрита, синовита, пиодермии
E) паратонзилярного абсцесса, ретрофарингеального абсцесса, артрита

99. Кирпичный цвет мочи у новорожденного ребенка может указывать на развитие
A) мочекислого инфаркта почек
B) полового криза
C) нефритического синдрома
D) токсической эритемы
E) транзиторной гипербилирубинемии

100. В клиническом анализе мочи патологией у 6-летнего ребенка следует считать
A) количество эритроцитов 15-20 в п/з
B) относительную плотность 1.022
C) содержание белка 0.033 г/л
D) количество лейкоцитов 3-4 в поле зрения
E) уровень pн 6.0

101. К ведущим биохимическим показателям хронической почечной недостаточности относят
A) повышение уровня мочевины, креатинина в крови, низкий клиренс по эндогенному креатинину
B) высокий клиренс по эндогенному креатинину,сниженный уровень натрия
C) высокий клиренс по эндогенному креатинину,сниженный уровень кальция
D) выраженная гиперкальциемия, гиперазотемия
E) повышение уровня амилазы, высокий клиренс по эндогенному креатинину

102. Количество физиологических сужений мочеточника
A) 3
B) 1
C) 4
D) 2
E) в норме не бывает физиологических сужений

103. Дозировка фурагина с целью лечения инфекций мочевыводящих путей составляет (мг/кг)
A) 5-8
B) 3-5
C) 10-15
D) 50
E) 20

104. Дозировка фурагина с целью профилактики рецидивов инфекций мочевыводящих путей составляет (мг/кг)
A) 1-2
B) 5
C) 10-15
D) 0.5
E) 8-10

105. Метод определения скрытых отеков – это
A) проба мак-клюра-олдрича
B) проба аддиса-каковского
C) проба с сухоедением
D) проба шварца
E) проба зимницкого

106. Анализ мочи по зимницкому помогает оценить… функцию почек
A) концентрационную
B) эндокринную
C) экскреторную
D) гомеостатическую
E) фильтрационную

107. У детей до 5 лет в норме в анализе мочи по нечипоренко может содержаться лейкоцитов в количестве
A) не более 2000/ 1 мл

B) не более 1000/ 1 мл
C) не более 500/ 1 мл
D) не более 5/ 1 мл
E) не более 3000/ 1 мл

108. У детей в норме в анализе мочи по нечипоренко может содержаться эритроцитов в количестве
A) не более 1000/ 1 мл
B) не более 2000/ 1 мл
C) не более 500/ 1 мл
D) не более 5/ 1 мл
E) не более 3000/ 1 мл

109. Чсс у детей в возрасте 1—2 лет
A) 140—160 в минуту
B) 120—130 в минуту
C) 100-110 в минуту
D) 80—90 в минуту
E) 70—80 в минуту

110. У детей кровоснабжение сердца (в отличие от взрослых) … типа
A) коронарного
B) капиллярного
C) смешанного
D) полостного
E) не отличается от взрослых

111. У ребенка границы относительной тупости сердца: верхняя — ii ребро, правая — правая парастернальная линия, левая — 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Для какого возраста это характерно?
A) 6 месяцев
B) 3 года
C) 5 лет
D) 7 лет
E) 10 лет

112. У ребенка 5 лет чсс в минуту составляет
A) 100
B) 120
C) 80
D) 78
E) 60

113. У новорожденного ребенка частота пульса в минуту составляет
A) 140-160
B) 100-120
C) 80-100
D) 60-80
E) 70-90

114. Среднее систолическое артериальное давление (в мм рт. Ст.) У детей старше 1 года определяется по формуле (где n-число лет)
A) 60+2n
B) 76+2n
C) 90+2n
D) 90+n
E) 100+n

115. Максимальное систолическое артериальное давление (в мм рт. Ст.) У детей старше до 1 года определяется по формуле (где n-число месяцев жизни)
A) 60+2n
B) 76+2n
C) 90+2n
D) 90+n
E) 76+n

116. Среднее диастолическое артериальное давление (мм рт. Ст.) У детей старше 1 года рассчитывается по формуле
A) 40+2n
B) 50+n
C) 60+n
D) 70+2n
E) 60+2n

117. В левом предсердно-желудочковом отверстии сердца находится
A) аортальный клапан
B) митральный клапан
C) трёхстворчатый клапан
D) трикуспидальный клапан
E) лёгочный клапан

118. В правом предсердно-желудочковом отверстии сердца находится
A) аортальный клапан
B) митральный клапан
C) трёхстворчатый клапан
D) двухстворчатый клапан
E) лёгочный клапан

119. Артериальное давление у ребёнка в 5 лет
A) 100/65 мм. Рт.ст.
B) 80/40 мм. Рт.ст.
C) 110/60 мм. Рт.ст.
D) 90/60 мм. Рт.ст.
E) 120/80 мм. Рт.ст.

120. Артериальное давление у ребёнка в 1 год
A) 100/65 мм. Рт.ст.
B) 80/40 мм. Рт.ст.
C) 110/60 мм. Рт.ст.
D) 90/60 мм. Рт.ст.

E) 120/80 мм. Рт.ст.

121. Соотношение дыхание/пульс в норме у ребенка старше года
A) 1:2
B) 1:3
C) 1:4
D) 1:5
E) 1:1

122. Парадоксальная эмболия сосудов головного мозга может возникать при отсутствии хирургической коррекции впс
A) стеноза аорты
B) декстрокардии
C) дефекта межжелудочковой перегородки
D) открытого аортального протока
E) открытого овального окна

123. Врожденный порок сердца, при котором внутриутробно может развиваться сердечная недостаточность и водянка плода
A) транспозиция магистральных сосудов
B) тетрада фалло
C) атрио-вентрикулярная коммуникация
D) коарктация аорты
E) болезнь толочинова-роже

124. Для детей с дефектом межжелудочковой перегородки характерно
A) наличие тотального тёмно-фиолетового цианоза
B) отсутствие пульсации на бедренных артериях
C) указание в анамнезе на затяжные и рецидивирующие пневмонии и бронхиты
D) возникновение гипоксического приступа
E) развитие ожирения

125. Укажите препарат для проведения специфической консервативной терапии оап у недоношенных детей
A) кларитин
B) мовалис
C) нимесулид
D) ибупрофен
E) кетотифен

126. Основными клиническими признаками легочной гипертензии являются все, кроме
A) одышечно-цианотические приступы
B) одышка
C) обмороки
D) рецидивирующие бронхиты и пневмонии
E) гипотрофия

127. Шум грехема-стилла при легочной гипертензии возникает при
A) недостаточности трикуспидального клапана
B) недостаточности митрального клапана

C) недостаточности аортального клапана
D) недостаточности клапана лёгочной артерии
E) вторичном дефекте межпредсердной перегородки

128. Важное значение в диагностике пороков сердца у детей имеет
A) общий анализ мочи
B) общий анализ крови
C) биохимический анализ крови
D) ультразвуковое исследование сердца
E) велоэргометрия

129. Укажите при каких пороках сердца наблюдается лево-правый внутрисердечный шунт крови:
A) дефект межжелудочковой перегородки
B) дефект межпредсердной перегородки
C) тетрада фалло
D) атриовентрикулярный канал
E) артериальный персистирующий проток

130. Впс с уменьшением легочного кровотока - это
A) дефект межпредсердной перегородки
B) тетрада фалло
C) дефект межжелудочковой перегородки
D) атриовентрикулярный канал
E) коартация аорты

131. Укажите оптимальный возраст для хирургической пластики дефекта межжелудочковой перегородки
A) 5 лет
B) до 1 года
C) 3 года
D) 12 лет
E) после 18 лет

132. Эмбриогенез сердечно-сосудистой системы происходит
A) со 2 по 8 нед. Внутриутробного развития
B) со 4 по 12 нед. Внутриутробного развития
C) со 12 по 16 нед. Внутриутробного развития
D) со 6 по 22 нед. Внутриутробного развития
E) со 36 по 40 нед. Внутриутробного развития

133. При измерении артериального давления данную процедуру необходимо провести
A) один раз
B) два раза
C) три раза
D) четыре раза
E) пять раз

134. Врожденные пороки сердца фомируются в результате нарушения эмбриогенеза в период
A) со 2 по 8 неделю беременности

B) с 20 по 25 неделю беременности
C) с 25 по 30 неделю беременности
D) с 12 по 18 неделю беременности
E) с 38 по 40 неделю беременности

135. При дефекте межпредсердной перегородки систолический шум обусловлен
A) сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки
B) относительной недостаточностью митрального клапана
C) относительной недостаточностью трехстворчатого клапана
D) относительным стенозом легочной артерии
E) относительным стенозом устья аорты

136. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум
A) систолический над всей областью сердца, хорошо проводится на правую сторону грудной клетки и на спину в punctum maximum в iv межреберье слдева от грудины
B) систолический на верхушке сердца, лучшк всего выслушивается во сне
C) систолический в левой аксилярной области, ослабление 2 тона над легочной артерией
D) систоло-диастолический («машинный») во втором межреберье слева у грудины
E) диастолический во втором межреберье справа у грудины, симптом «кошачьего мурлыканья»

137. При дефекте межжелудочковой перегородки наиболее типичен шум
A) систолический над всей областью сердца, хорошо проводится на правую сторону грудной клетки и на спину в punctum maximum в iv межреберье слдева от грудины
B) систолический на верхушке сердца, лучшк всего выслушивается во сне
C) систолический в левой аксилярной области, ослабление 2 тона над легочной артерией
D) систоло-диастолический («машинный») во втором межреберье слева у грудины
E) диастолический во втором межреберье справа у грудины, симптом «кошачьего мурлыканья»

138. Артериальная гипертензия характерна для следующего врожденного порока сердца
A) стеноза аорты
B) коарктации аорты
C) стеноза легочной артерии
D) дефекта межжелудочковой перегородки
E) открытого артериального протока

139. При изолированной коарктации аорты в типичном месте одной из жалоб ребенка является
A) боли в грудной клетке при глубоком вдохе
B) боли в области левой лопатки, иррадиирующие в левую верхнюю конечность
C) боли в животе после еды
D) боли в пояснице при наклонах туловища
E) боли и слабость в ногах при ходьбе

140. В какую фазу течения врожденного порока сердца показано плановое оперативное лечение
A) в фазу первичной адаптации
B) в фазу относительной компенсации
C) в фазу декомпенсации

D) в фазу «медового месяца»
E) незамедлительно при выявлении врожденного порока сердца

141. Наиболее грозным осложнением врожденных пороков сердца с гемодинамически значимым обогащением малого круга кровообращения является
A) нарушение ритма сердца
B) артериальная гипертензия
C) легочная гипертензия
D) инсульт
E) ишемия миокарда

142. Выраженность клинической симптоматики при тетраде фалло в большей степени зависит от
A) площади дефекта межжелудочковой перегородки
B) площади дефекта межпредсердной перегородки
C) степени гипертрофии правого желудочка
D) степени декстропозиции аорты
E) степени стеноза легочной артерии

143. Декстрапозиция аорты – это
A) сужение устья аорты
B) отхождение аорты из правого предсердия
C) отхождение аорты из левого желудочка, но смещение ее вправо
D) отхождение аорты из дефекта межпредсердной перегородки
E) отхождение аорты из правого желудочка или дефекта межжелудочковой перегородки

144. Впс, проявляющийся тотальным цианозом сразу после рождения, - это
A) аномалия эбштейна
B) болезнь толочинова-роже
C) оап
D) тетрада фалло
E) транспозиция магистральных сосудов

145. Внезапное появление цианоза у новорожденного ребенка в горизонтальном положении и исчезновение в вертикальном положении характерно при
A) коарктации аорты
B) болезни гоше
C) тетраде фалло
D) синдроме аспирации
E) диафрагмальной грыже

146. Дуктус-зависимый впс в неонатальном периоде
A) общий артериальный ствол
B) болезнь толочинова-роже
C) открытий артериальный проток
D) дмжп
E) транспозиция магистральных артерий

147. При аускультации сердца при рождении ребенка определяется интенсивный, жесткий, скребущий, непрерывный систоло-диастолический шум в ii межреберье слева от грудины.

Это характерно для
A) дефекта межпердсердной перегородки
B) митрального порока сердца
C) коарктации аорты
D) дефекта межжелудочковой перегородки
E) открытого артериального протока

148. Впс с синдромом шлюза - это
A) коарктация аорты
B) дмжп
C) дмпп
D) оап
E) стеноз ла

149. Впс в виде небольшого дефекта в мышечной части межжелудочковой пергородки – это
A) аномалия эбштейна
B) болезнь такаясу
C) синдром картагенера
D) болезнь сокольского-буйо
E) болезнь толочинова-роже

150. Впс, при котором наблюдается градиент давления между верхними и нижними конечностями, - это
A) коарктация аорты
B) дмжп
C) тетрада фалло
D) оап
E) стеноз ла

151. Препарат, противопоказанный для купирования одышечно-цианотического приступа при тетраде фалло
A) дигоксин
B) кордиамин
C) седуксен
D) промедол
E) гидрокортизон

152. Сердечные гликозиды противопоказаны для купирования одышечно-цианотического приступа при тетраде фалло, потому что
A) увеличивается венозно-артериальный сброс и нарастает обструкция выходного тракта правого желудочка
B) не протовопоказаны, так как сг купируют признаки сердечной недостаточности
C) снижается венозно-артериальный сброс и снижается обструкция выходного тракта правого желудочка
D) увеличивается артерио-венозный сброс и купируется обструкция выходного тракта правого желудочка
E) снижается венозно-артериальный сброс и нарастает обструкция выходного тракта левого желудочка

153. Ребенок 5 лет. Ад на правой руке 160/90 мм.рт.ст. Ад на правой ноге 60/30 мм.рт.ст.

Отсутствует пульсация на берренных артериях. Предположительный диагноз
A) коарктация аорты
B) стеноз легочной артерии
C) варикоз вен нижних конечностей
D) тетрада фалло
E) болезнь толочинова-роже

154. К понятию «рахит» не относится
A) гиповитаминоз витамина d у детей
B) зависимость от витамина d
C) ахондропатия
D) «английская» болезнь
E) дефицит витамина d

155. К рахитогенным заболеваниям относится
A) спазмофилия
B) фебрильные судороги
C) нефрогенная остеопатия
D) болезнь толочинова-роже
E) эпилепсия

156. К развитию витамин d-дефицитного рахита не предрасполагает
A) дефицит солнечного облучения
B) вегетарианское питание
C) отсутствие специфической профилактики
D) вскармливание адаптированными смесями
E) заболевание тонкой кишки

157. Первичным звеном нарушения фосфорно-кальциевого гомеостаза в случае витамин d-дефицитного рахита является
A) гиперкальциемия
B) гипофосфатемия
C) фосфатурия
D) гипокальциемия
E) сидеропения

158. Рахит не бывает
A) дефицитным
B) зависимым
C) резистентным
D) иммунным
E) наследственным

159. Выраженная потливость характерна для начального периода
A) гипотрофии
B) аллергии
C) рахита
D) анемии
E) паратрофии

160. Карпопедальный спазм характерен для
A) дефицита железа
B) эписиндрома
C) гипокальциемии
D) фебрильных судорог
E) дефицита в12

161. Для антенатальной профилактики рахита беременным рекомендуется находится на свежем воздухе не менее 2-4 часов в день и принимать витамин д в дозе
A) 500 ме/сут до 16 нед беременности и по 1500 ме/сут начиная с 17 нед беременности
B) 1000 ме/сут с 22 недели беременности
C) 1000 ме/сут в первом триместре, по 500 ме/сут во втором и третьем триместре
D) 2000 ме/сут в течение всей беременности
E) 500 ме/сутки на протяжении всей беременности

162. Причиной судорог при спазмофилии является
A) гипокальциемия
B) гиперкальциемия
C) гипофосфатемия
D) гипокалиемия
E) недостаток железа

163. Биологический эффект витамина д:
A) увеличивает продукцию паратгормона
B) повышает уровень щф в крови
C) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
D) способствует всасыванию кальция из жкт
E) способствует выведению кальция из организма

164. Мышечная гипотония характерна для
A) спазмофилии
B) менингита
C) эпилепсии
D) рахита
E) все ответы верные

165. При витамин-д-дефицитном рахите наблюдается сдвиг кислотно-основного состояния в сторону
A) метаболического ацидоза
B) метаболического алкалоза
C) дыхательного алкалоза
D) дыхательного ацидоза
E) сдвига не наблюдается

166. При судорожном синдроме у детей со спазмофилией показано введение
A) кальция глюконата
B) метамизола натрия
C) лидокаина
D) неостигмина метилсульфата
E) диазепама

167. Наиболее часто у доношенных детей рахит появляется в возрасте
A) от 3 месяцев до 3 лет
B) 2 недель
C) от 2-3 месяцев до 2 лет
D) от 9 месяцев до 4 лет
E) от 3 до 7 лет

168. Скрытая тетания характерна для
A) рахита
B) спазмофилии
C) гипотрофии
D) гипервитаминоза д
E) паратрофии

169. Ежедневная лечебная доза витамина д доношенному ребёнку с витамин-д-дефицитным рахитом при уровне 25(он)d3 15 нг/мл составляет
A) 2000 ме 2 месяца
B) 1000 ме 6 месяцев
C) 5000 ме 3 месяца
D) 3000 ме 1 месяц
E) 8000 ме 2 недели

170. Ежедневная лечебная доза витамина д доношенному ребёнку с витамин-д-дефицитным рахитом при уровне 25(он)d3 5 нг/мл составляет
A) 2000 ме 2 месяца
B) 1000 ме 6 месяцев
C) 6000 ме 3 месяца
D) 4000 ме 1 месяц
E) 8000 ме 2 недели

180. Для диагностики рахита в крови определяют уровень
A) калия и натрия
B) паратгормона
C) 17-он-прогестерона
D) 25-оксихолекальциферола
E) 20-андростендиона

181. Нормальный уровень 25(он)d3 для доношенного ребенка составляет
A) не менее 50 нг/мл
B) 20-30 нг/мл
C) 10-20 нг/мл
D) более 30 нг/мл
E) менее 10 нг/мл

182. Ребёнку с рахитом препараты кальция назначают с целью профилактики
A) тахифилаксии
B) спазмофилии
C) гипервитаминоза д
D) гиперкалиемии

E) все ответы верные

183. Пальпация рахитических «чёток» проводится от … линии по направлению к грудине
A) срединноключичной
B) задней аксиллярной
C) парастернальной
D) передней аксиллярной
E) средней аксиллярной

184. Пальпация рахитических «чёток» проводится в области … рёбер
A) 2-4
B) 1-3
C) 1-4
D) 5-8
E) 2-3

185. В норме большой родничок закрывается в 12-18 месяцев. Позднее закрытие большого родничка является признаком
A) паратрофии
B) анемии
C) рахита
D) гипотрофии
E) спазмофилии

186. В норме большой родничок закрывается к возрасту
A) 3 месяцев
B) 2 лет
C) 12-18 месяцев
D) 6 месяцев
E) к моменту рождения

187. Судорожный синдром у детей раннего возраста в весеннее время проявляется при
A) спазмофилии
B) гиперпаратиреозе
C) гипервитаминозе д
D) фосфат-диабете
E) рахите

188. Клинически гипопаратиреоз проявляется
A) блефароспазмом, светобоязнью
B) скрытой или выраженной тетанией
C) мышечной гипотонией
D) густыми вьющимися волосами на голове
E) нет правильного ответа

189. При рахите в основном происходит нарушение
A) жирового обмена
B) углеводного обмена
C) обмена железа
D) фосфорно-кальциевого обмена

E) белкового обмена

190. Рахит является возможной причиной
A) патологического стирания
B) эрозии
C) сверхкомплектных зубов
D) задержки прорезывания зубов
E) гингивита

191. К витаминам, назначаемым для профилактики и лечения рахита у детей, относится
A) аскорбиновая кислота
B) пиридоксина гидрохлорид
C) эргокальциферол
D) ретинол
E) в12

192. Признаками остеомаляции (острого течения) при рахите являются
A) рахитические 'четки'
B) 'нити жемчуга'
C) краниотабес
D) 'олимпийский' лоб
E) все ответы правильные

193. Признаками остеоидной гиперплазии (подострого течения) при рахите являются
A) рахитические «четки» на ребрах
B) синдром «фетровой шляпы»
C) гаррисонова борозда
D) «грудь сапожника»
E) все ответы правильные

194. Для контроля эффективности лечения рахита проводят определение содержания в крови
A) лейкоцитов и соэ
B) магния и калия
C) эритроцитов и гемоглобина
D) фосфора и кальция
E) железа

195. Маркером остеомаляции и рахита выступает
A) кислая фосфатаза
B) фосфопротеинфосфатаза
C) щелочная фосфатаза
D) глюкозо-6-фосфатаза
E) алат,асат

196. Дети раннего возраста, перенесшие рахит 1 и 2 степени тяжести, относятся к группе здоровья
A) IV
B) I
C) III
D) II

E) V

197. Для диагностики витамин-д-дефицитного рахита необходимо определение в крови
A) паратгормона
B) тироксина
C) кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
D) остеокальцина, кальция, калия и магния
E) кальция, фосфора, натрия, калия

198. Для профилактики рахита применяют препараты
A) витамина d
B) витамина a
C) витаминов группы в
D) витамина c
E) витамина e

199. Профилактическая доза витамина д у детей в возрасте до 12 месяцев составляет (ме)
A) 1000
B) 1500
C) 2000
D) 2500
E) 3000

200. Профилактическая доза витамина д у детей в возрасте от 12 до 36 месяцев составляет (ме)
A) 1000
B) 1500
C) 2000
D) 2500
E) 3000

201. Профилактическая доза витамина д у детей в возрасте от 3 до 18 лет составляет (ме)
A) 1000
B) 1500
C) 2000
D) 2500
E) 3000

202. Проявление гипокальциемии, характеризующее нарушение нервно-мышечного проведения, это -
A) бледность кожи
B) кардиомиопатии
C) ларингоспазм
D) сухость кожи
E) нет правильного ответа

203. При гипофосфатемическом рахите процесс реабсорбции изменен в
A) собирательных трубочках
B) дистальном канальце
C) проксимальном канальце

D) петле генле
E) клубочке

204. Мальчик 2 года. При объективном осмотре: отставание в росте, варусная деформация ног. В анализах: гипофосфатемия, фосфатурия. У больного можно заподозрить
A) болезнь де тони-дебре-фанкони
B) почечный тубулярный ацидоз
C) витамин-д-резистентный рахит
D) фосфат-диабет
E) синдром альпорта

205. Костные нарушения при рахите обусловлены
A) истончением надкостницы
B) развитием остеосклероза
C) недостаточной минерализацией остеоида
D) остеопорозом
E) повышением процесса остеомаляции

206. Содержание кальция в крови 1.8 ммоль/л, фосфора в крови 0.9 ммоль/л, повышение уровня щелочной фосфотазы характерны для рахита в периоде,
A) рецидива
B) разгара
C) начальном
D) реконвалесценции
E) остаточных явлений

207. Показатель, по которому оценивается костный возраст ребенка, - это
A) уровень са и р в крови
B) физиологические изгибы позвоночника
C) срок появления точек окостенения
D) уровень развития мышечной силы
E) результаты денситометрии

208. Особенности костно-мышечной системы для здорового ребенка до 3 мес.являются
A) физиологический гипертонус мышц верхних конечностей и гипотонус нижних конечностей
B) физиологический гипертонус мышц нижних конечностей и гипотонус верхних конечностей
C) физиологический гипертонус мышц нижних и верхних конечностей
D) физиологический гипотонус мышц нижних и верхних конечностей
E) мышечная дистония

209. Костный возраст у детей оценивают по
A) оссификации обеих бедренных костей
B) оссификации костей левой кисти
C) оссификации костей кистей обеих рук
D) числу постоянных зубов
E) годовой прибавке длины тела

210. Наиболее частовстречающаяся врожденная аномалия костной системы

A) врожденные остеодисплазии
B) врожденные хондродисплазии
C) врожденный вывих бедра
D) пороки развития отдельных костей
E) наследственные заболевания группы «osteogenesis imperfecta»

211. «Костный возраст» - это
A) гармоничное физическое развитие для данного возраста
B) особенности гистологического строения кости к данному возрасту
C) совокупность точек окостенения к данному возрасту
D) соответствие роста ребенка к его возрасту
E) анатомические особенности костей, характерные для данного возраста

212. Гемоглобин выполняет функцию
A) перенос кислорода
B) фагоцитоз
C) синтез иммуноглобулинов
D) образование тромба
E) связывание токсинов

213. Причиной снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности является
A) снижение длительности жизни эритроцитов
B) гемоконцентрация
C) аплазия костного мозга
D) низкий уровень атф в мембране эритроцитов
E) дефицит печеночной глюкуронилтрансферазы

214. Признаком гипохромии является уровень цветового показателя
A) 0,6
B) 0,9
C) 1,0
D) 1,1
E) 1,2

215. Цветовой показатель характеризует
A) степень зрелости эритроцитов
B) морфологию эритроцитов
C) насыщение эритроцитов гемоглобином
D) содержание фетального гемоглобина в эритроците
E) соотношение количества эритроцитов и плазмы крови

216. Уровень гемоглобина при анемии тяжелой степени у детей старше 6 месяцев составляет ниже (в г\л)
A) 60
B) 70
C) 80
D) 90
E) 100

217. Причина железодефицитной анемии у детей раннего возраста
A) нарушение всасывания
B) недостаточное поступление с пищей
C) хроническая кровопотеря
D) хронические воспалительные заболевания
E) генетический дефект

218. Наиболее ранним признаком железодефицитного состояния является
A) бледность кожи
B) извращение вкуса
C) тахикардия
D) общая слабость
E) утомляемость

219. Анемия средней степени тяжести характеризуется уровнем гемоглобина ниже (г/л)
A) 110
B) 100
C) 90
D) 80
E) 70

220. Декомпенсация состояния пациента при анемии проявляется
A) тахикардией
B) гипертензией
C) бледностью
D) лихорадкой
E) потерей веса

221. Диагноз анемия у новорожденных детей на 3-4 неделе жизни выставляется если уровень гемоглобина ниже (г/л)
A) 130
B) 120
C) 150
D) 140
E) 190

222. Для диагностики железодифицитной анемии наиболее важным критерием является
A) наличие гипохромной анемии
B) наличие источника кровопотери
C) снижение сывороточного железа
D) снижение железосвязывающей способности сыворотки
E) нет верного ответа

223. При железодефицитной анемии в периферической крови отмечается
A) макроцитоз,ретикулоцитопения
B) гипохромия, микроцитоз
C) гиперхромия, макроцитоз
D) ретикулоцитоз, гиперхромия
E) макроцитоз, нормохромия

224. Критерием развития железодифицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам воз является снижение гемоглобина менее (г/л)
A) 100
B) 120
C) 110
D) 90
E) 150

225. При легкой анемии уровень гемоглобина у детей старше 6 месяцев составляет (г/л)
A) 110-90
B) 88-60
C) 40-59
D) 89-80
E) 70-60

226. Для здорового новорожденного первых дней жизни характерен показатель нь:
A) 100 г/л;
B) 120 г/л;
C) 140 г/л;
D) 160 г/л;
E) 200 г/л.

227. У недоношенного ребенка 4 недель жизни исследована кровь по поводу затянувшейся желтухи. Из указанного ниже не соответствует возрастной норме:
A) hв - 132 г/л;
B) соэ — 8 мм/ч;
C) эритроциты — 3,4х10|2/л;
D) лимфоциты — 52%.
E) все верно

228. Мать, обеспокоенная снижением аппетита, быстрой утомляемостью своего пятилетнего ребенка, обратилась в поликлинику. Сделан анализ крови. Внимание врача привлекло количество:
A) эритроцитов — 3,8 х 1012/л;
B) сегментоядерных нейтрофилов — 44%;
C) hв - 101 г/л;
D) лимфоцитов — 40%.
E) количество палочкоядерных нейтрофилов 4%

229. В12-дефицитная анемия характеризуется
A) микроцитарной анемией
B) гиперхромной анемией
C) снижением числа ретикулоцитов
D) повышением сывороточного железа
E) верно все

230. Гипорегенераторный характер анемии указывает на
A) наследственный сфероцитоз
B) апластическую анемию
C) недостаток железа в организме

D) аутоиммунный гемолиз
E) все ответы верны

231. При лечении витамином в-12
A) всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии
B) ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа от начала лечения
C) ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения
D) обязательно сочетание с фолиевой кислотой
E) нет верного ответа

232. Диагноз в-12 дефицитной анемии можно поставить на основании
A) наличия гиперхромной анемии
B) наличия мегалобластного типа кроветворения
C) наличия тромбоцитопении и нейтропении в сочетании с анемией
D) верно а и в
E) все верно

233. Причиной в12-дефицитной анемии чаще является
A) кровопотеря
B) глистная инвазия
C) нарушение секреции внутреннего фактора кастла
D) недостаточное поступление витамина в12 с пищей
E) нет верного ответа

234. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются все, кроме:
A) алиментарная
B) синдром мальабсорбции
C) инфекционные заболевания
D) аплазия костного мозга
E) ювенильные маточные кровотечения у девочек

235. Депо железа в организме является:
A) костный мозг
B) мышцы
C) сердце
D) почки
E) лимфатические узлы

236. Клиническим симптомом железодефицитной анемии не является:
A) нарастающая бледность кожных покровов
B) лимфаденопатия
C) утомляемость, раздражительность
D) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
E) систолический шум на верхушке сердца

237. Основным принципом лечения железодефицитных анемий является:
A) витаминотерапия витамином в1
B) витаминотерапия витамином с
C) витаминотерапия витамином к
D) использование в диетотерапии продуктов, богатых белками и железом

E) назначение препаратов железа

238. Железодефицитной анемии свойственны симптомы, характеризующиеся
A) трофическими изменениями кожи, ногтей, волос
B) увеличением печени
C) повышенной кровоточивостью
D) судорожными подергиваниями конечностей
E) увеличением селезенки

239. Анемии, возникающие в результате недостаточного поступления в организм или нарушенного всасывания продуктов, необходимых для построения молекулы гемоглобина, называются:
A) гемолитическими
B) дефицитными
C) гипо- и апластическими
D) постгеморрагическими
E) фибропластическими

240. Большая часть железа в желудочно-кишечном тракте всасывается:
A) в полости рта
B) в 12-перстной кишке
C) в толстой кишке
D) в желудке
E) в подвздошной кишке

241. При железодефицитной анемии цветовой показатель
A) не изменяется
B) повышен
C) нормальный или повышен
D) снижен
E) колеблется

242. К клинической картине сидеропенического синдрома железодефицитной анемии не относят
A) снижение аппетита
B) pica chlorotica
C) эпителиальные изменения (сухость кожи, ломкость ногтей и волос)
D) снижение памяти и работоспособности
E) мышечная слабость

243. К клинической картине анемического синдрома железодефицитной анемии не относят
A) обмороки, головокружения
B) тахикардия, систолический шум на верхушке сердца
C) снижение работоспособности
D) изменение вкуса, обоняния
E) бледность кожных покровов

244. Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии не встречается
A) глоссит
B) бледность

C) желтуха
D) анорексия
E) истончение и выпадение волос

245. Длительность терапии пероральными препаратами железа при анемии легкой степени тяжести составляет
A) 14 дней
B) 1 месяц
C) 3 месяца
D) 2 месяца
E) 4 месяца

246. Длительность терапии пероральными препаратами железа при латентном дефиците железа составляет
A) 14 дней
B) 1 месяц
C) 2 месяца
D) 3 месяца
E) 4 месяца

247. Длительность терапии пероральными препаратами железа при анемии тяжелой степени составляет
A) 3 месяца
B) 5 месяцев
C) 6 месяцев
D) 12 месяцев
E) 4 месяца

248. Длительность терапии пероральными препаратами железа при анемии средней степени тяжести составляет
A) 2 месяца
B) 5 месяцев
C) 4 месяца
D) 6 месяцев
E) 3 месяца

249. Показание для парентерального введения железа при железодефицитной анемии
A) атопический дерматит
B) хронический холецистит
C) язвенная болезнь дпк
D) хронический пиелонефрит
E) склонность к запорам

250. Важнейшими факторами защиты новорожденного от инфекций являются:
A) повышенный хемотаксис и высокая бактерицидность фагоцитов;
B) высокая способность к образованию интерферона;
C) материнские антитела (IGG), прошедшие трансплацентарно и секреторный IGA молозива и женского молока;
D) более высокие по сравнению со взрослыми уровни igm и iga;
E) материнские антитела (IGM, IGE), прошедшие трансплацентарно и секреторный IGA

молозива и женского молока;

251. Трансплацентарно к плоду переходят иммуноглобулины матери класса
A) A
B) M
C) G
D) A и M
E) G и E

252. Критическим периодом становления иммунитета в связи с катаболизмом материнских антител является возраст:
A) 1-2 лет
B) 3-5 лет
C) первого месяца жизни
D) 3-6 месяцев
E) 10-12 месяцев

253. Система местного иммунитета у большинства детей завершает развитие к возрасту:
A) 10-12 месяцев
B) 1-2 лет
C) 2-3 лет
D) 4-6 лет
E) 7-8 лет

254. Клеточный компонент иммунного ответа обеспечивают
A) IGG
B) моноциты
C) эозинофилы
D) т-лимфоциты
E) в-лимфоциты

255. Для дифференциального диагноза врожденной и приобретенной гемолитической анемии используют
A) степень увеличения селезенки
B) уровень ретикулоцитов в крови
C) пробу макклюра-олдрича
D) пробу кумбса
E) пробу с диэпоксибутаном

256. У детей второй критический период становления иммунной системы происходит в возрасте
A) 4-6 лет
B) 2-3 мес
C) 4-6 лет
D) 3-6 мес
E) 8-10 лет

257. Клеточный компонент иммунного ответа обеспечивает
A) эозинофил
B) нейтрофил

C) гранулоцит
D) мононуклеарный фагоцит
E) клетка-киллер

258. В возрасте до 2 недель у новорожденного доношенного ребенка уровень гемоглобина, при котором можно выставить диагноз анемия (г/л)
A) 180
B) 170
C) 150
D) 145
E) 160

259. Мальчик 4 года. В ОАК уровень гемоглобина - 112 г/л, в б/х анализе крови сывороточное железо - 6.1 мкмоль/л. Предположительный диагноз:
A) анемия легкой степени тяжести
B) анемия средней степени тяжести
C) анемия тяжелой степени тяжести
D) латентный дефицит железа
E) здоров

260. Лечебная доза препаратами железа для приема внутрь при железодефицитной анемии средней степени тяжести составляет (мг/кг)
A) 1-1,5
B) 8
C) 10
D) 5
E) 2-3

261. В триаду анемии Минковского-Шоффара входит
A) желтуха, генерализованная лимфоаденопатия, оссалгия
B) анемия, кровоточивость, лимфоаденопатия
C) анемия, генерализованная лимфоаденопатия, оссалгия
D) анемия, спленомегалия, желтуха
E) анемия, гепатоспленомегалия, повышенная кровтоточивость

262. Лимфатические узлы новорожденного ребенка плохо выполняют функцию
A) верно все
B) ретикулярную
C) иммунную
D) барьерную
E) кроветворную

263. Внутриутробно начало костномозгового кроветворения происходит на …неделе развития
A) 40
B) 8
C) 10
D) 16
E) 3

264. Повышенная чувствительность детской кожи к УФО обусловлена
A) сниженным количеством кератиноцитов
B) повышенным количеством клеток лангерганса
C) сниженным количеством меланоцитов
D) повышенным количеством адипоцитов
E) повышенным количеством тучных клеток

265. У новорожденных имеются все слои кожи кроме:
A) роговой
B) шиповатый
C) зернистый
D) базальный
E) блестящий

266. В дерме у детей преобладают:
A) гистиоциты
B) клетки лангерганса
C) меланоциты
D) кератиноциты
E) тучные клетки

267. Сальные железы на коже новорожденного преимущественно локализуются на:
A) лице
B) волосистой части головы
C) спине
D) промежности
E) все перечисленное верно

268. Появление упорного зуда у детей наблюдается при нарушении … функции кожи:
A) иммунной
B) обменной
C) рецепторной
D) терморегуляционной
E) дыхательной

269. Функциональными особенностями кожи у новорожденного ребенка первых лет жизни являются все кроме:
A) низкая резорбционная функция кожи
B) низкая защитная, в том числе иммунологическая, функция кожи
C) повышенная чувствительность к повреждающему действию солнечных лучей
D) несовершенная терморегуляция
E) высокая ранимость кожи

270. Нейтральная pH-реакция у новорожденных приводит к развитию
A) атопического дерматита
B) аллергодерматозов
C) буллезных дерматозов
D) желтух
E) пиодермий

280. Подкожная жировая клетчатка у детей первых месяцев жизни участвует в несократительном термогенезе благодаря наличию в ней:
A) твердых жирных кислот
B) бурой жировой ткани
C) ненасыщенных жирных кислот
D) белой жировой ткани
E) адипозоцитов

281. Тургор мягких тканей - это
A) ощущение сопротивления, получаемое при сдавливании кожи и подкожной клетчатки;
B) ощущение при надавливании мягких тканей к близко лежащей кости;
C) ощущение эластичности;
D) ощущение своеобразного треска - крепитации при надавливании;
E) ощущение упругости при сдавливании всех мягких тканей.

282. О гипотрофии 2 степени можно говорить, когда дефицит массы тела составляет:
A) 10 - 19%
B) 20 - 29%
C) 30 - 39%
D) 40 - 49%
E) 50% и выше

283. У детей до 5-7 лет практически отсутствует жировая ткань
A) на верхних конечностях
B) в грудной и брюшной полостях
C) на нижних конечностях
D) в области лица
E) на ягодицах

284. Склерема - это
A) ограниченное уплотнение подкожно-жирового слоя;
B) уплотнение, захватывающее всю подкожно-жировую клетчатку;
C) исчезновение подкожно-жирового слоя;
D) отечность подкожно-жирового слоя;
E) избыточное образование подкожно-жирового слоя

285. Предрасположенность детей раннего возраста к перегреванию объясняется
A) недостаточным кровоснабжением
B) повышенным потоотделением
C) несовершенством регуляции температуры тела через кожу
D) слабым развитием подкожного жира
E) затяжные роды

286. При гипотрофии 2 степени подкожно-жировой слой у детей сохраняется только на
A) лице
B) верхних конечностях
C) нижних конечностях
D) животе
E) туловище

287. При врожденном пилоростенозе наблюдается
A) жидкий стул
B) снижение тургора и объема подкожно-жирового слоя
C) паратрофия
D) учащенное мочеиспускание
E) головная боль

288. Паратрофия характеризуется
A) неравномерным распределением подкожно-жирового слоя
B) уменьшением подкожно-жирового слоя
C) общим истощением
D) уменьшением подкожно- жирового слоя
E) увеличением подкожно – жирового слоя

289. Особенностью жировой ткани у грудных детей является
A) хорошее развитие жировой ткани в брюшной полости
B) большая относительная масса подкожной жировой клетчатки (на 1 кг массы тела), чем у взрослых
C) хорошее развитие жировой ткани в грудной полости
D) меньшая относительная масса подкожной жировой клетчатки, чем у взрослых
E) менее плотная консистенция подкожного жира, чем у взрослых

290. Причиной недостаточного развития подкожного жирового слоя является:
A) избыточное употребление углеводов
B) ОРВИ
C) синдром мальабсорбции
D) гипотиреоз
E) избыточное употребление клетчатки

291. У здорового ребенка пальпируются лимфоузлы в количестве до … групп
A) 3
B) 2
C) 4
D) 5
E) 6

292. Периферические лимфоузлы при пальпации у здоровых детей
A) пальпируются 5-6 групп
B) имеют мягко-эластическую консистенцию
C) спаяны с окружающими тканями
D) имеют плотную консистенцию
E) при пальпации определяется болезненность

293. Нижнечелюстные лимфатические узлы располагаются
A) на наружной поверхности тела нижней челюсти
B) в области угла нижней челюсти
C) в области ветви нижней челюсти
D) в подбородочной области
E) все варианты ответов верные

294. Ткань, содержащая форменные элементы
A) мышечная
B) лимфа
C) жировая
D) соединительная
E) нет верного ответа

295. В лечении атопического дерматита в настоящее время принят
A) волнообразный подход
B) маятниковый подход
C) прямой подход
D) ступенчатый подход
E) нет правильного ответа

296. В терапию атопического дерматита не входят
A) антибактериальные препараты
B) стабилизаторы мембран тучных клеток
C) уходовые увлажняющие косметические средства
D) местные ГКС
E) местные иммуномодуляторы

297. Требования к наружной терапии эмолентами все, кроме:
A) подсушить кожные покровы
B) восстановление защитных свойств кожи
C) предупреждение и устранение вторичного инфицирования
D)увлажнение и смягчение кожи
E) нет правильного ответа

298. Такролимус для местного применения разрешен для применения у детей
A) с 0 лет
B) не ранее 6 лет
C) не ранее 2-х лет
D) не ранее 3-х лет
E) не ранее 12 лет

299. При атопическом дерматите рекомендовано соблюдение
A) диеты с механическим и химическим щажением
B) диеты с высоким содержанием клетчатки
C) диеты с ограничением соли, белка, жидкости
D) индивидуальной гипоаллергенной диеты
E) безглютеновой и безмолочной диеты

300. При лечении аллергии к белкам коровьего молока у ребенка до года, находящемуся на искусственном вскармливании, предпочтительней всего назначить смесь
A) ALFARE
B) NAN гипоаллергенный
C) NUTRILON premium
D) NUTRILON comfort
E) NUTRILAK безлактозный

Приложение 3

Перечень ситуационных задач для подготовки к зачёту по производственной практике «Практика педиатрического профиля» по специальности 31.05.02 – педиатрия студентов 5 курса педиатрического факультета

ЗАДАЧА 1

Возраст ребенка 7 мес., масса тела при рождении 3000 г, длина тела – 50 см., находится на искусственном вскармливании. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Приведите пример лечебных смесей. Составьте меню.

ЗАДАЧА 2

У девочки при рождении рост - 49 см, масса тела 3000 г. В возрасте 1 мес. рост 52 см., масса тела - 3800 г. Получает грудное молоко. Оцените физическое развитие ребенка. Что такое «гипогалактия»? Составьте меню.

ЗАДАЧА 3

Ребенку 6 месяцев, находится на естественном вскармливании, при рождении рост – 50 см, масса тела 3200 г. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Назовите калорийность молозива. Составьте меню.

ЗАДАЧА 4

Ребенок 9 мес., при рождении его рост - 54 см, масса тела - 4000 г. Искусственное вскармливание с рождения. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Назовите калорийный способ расчета питания. Составьте меню.

ЗАДАЧА 5

Ребенку 10 месяцев. При рождении рост - 51 см, масса тела - 3500 г., получает естественное вскармливание. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Назовите калорийность молозива. Составьте меню.

ЗАДАЧА 6

Мальчику 7 месяцев. С рождения на искусственном вскармливании. При рождении длина тела - 54 см, масса тела - 3800 г. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Назовите калорийный способ расчета питания. Составьте меню.

ЗАДАЧА 7

Ребенку 1 месяц. Прибавил в массе 300 г. При рождении длина тела - 51 см, масса тела - 3500 г. Результат контрольного кормления – 60,0 мл. Ваша тактика в данной ситуации. Назовите «правило десятки» для расчета разового объема питания новорожденным детям. Составьте меню.

ЗАДАЧА 8

Ребенок 7 месяцев, при рождении рост - 54 см, масса тела - 4000 г. С месячного возраста получает приблизительно 500 мл грудного молока в сутки. Рассчитайте долженствующие

показатели физического развития. Назовите формулу Тура для расчета питания. Составьте меню.

ЗАДАЧА 9

Возраст ребенка 8 мес., антропометрические параметры при рождении: масса тела – 3500 г, длина тела – 52 см. Естественное вскармливание. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. В каком возрасте ребенку вводится первый прикорм? Составьте меню.

ЗАДАЧА 10

Мальчику 3 месяца. При рождении длина тела - 54 см, масса тела - 3800 г. Кормится 6 раз в сутки молочной адаптированной смесью – по 100,0 мл. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Что такое «доминанта лактации»? Составьте меню.

ЗАДАЧА 11

Мальчик 6 месяцев. Данные при рождении рост - 53 см, масса тела 3600 г. При осмотре рост ребенка 68 см, масса тела - 8100 г. Кормится грудью, прикорм с 5-ти месяцев. Оцените физическое развитие ребенка. Что такое «лактостаз»? Составьте меню.

ЗАДАЧА 12

Мальчику 10 месяцев. При рождении рост - 54 см, масса тела – 3800 г. При осмотре показатели физического развития: 74 см, 10 000 г. На два кормления ребенок получает адаптированную смесь. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Что такое «режим свободного кормления»? Составьте меню.

ЗАДАЧА 13

Девочке 7 месяцев. При рождении длина тела - 50 см, масса тела 3100 г. Грудного молока не получает. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Приведите примеры лечебных смесей. Составьте меню.

ЗАДАЧА 14

Мальчику 5 месяцев. При рождении длина тела - 50 см, масса тела 3100 г. С 2-х месяцев не получает грудного молока. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Приведите пример искусственных смесей для недоношенных детей. Составьте меню.

ЗАДАЧА 15

Ребенку 5 месяцев, масса тела при рождении 3400,0, длина тела – 47 см. За этот срок он вырос на 14 см, удвоил исходную массу тела. Кормится три раза в день грудным молоком, остальные кормления кефиром. В каком возрасте ребенку вводят первый прикорм? Составьте меню.

ЗАДАЧА 16

Девочке 4 месяца. При рождении рост - 53 см, масса тела – 3700г. В настоящее время масса тела 6700г. С 1,5 месяцев кормится адаптированной смесью. Рассчитайте

долженствующие показатели физического развития. Назовите «правило десятки» для расчета разового объема питания новорожденным детям. Составьте меню.

ЗАДАЧА 17

Возраст ребенка 1 мес., в массе прибавил 600 г., масса тела при рождении -3000 г. Кормится грудным молоком 6 раз в день. Результаты контрольных кормлений 130 и 140мл. Достаточно ли ребенку молока? Что такое «доминанта лактации»? Составьте меню.

ЗАДАЧА 18

Девочке 2 месяца. При рождении длина тела- 52 см, масса тела – 3500 г. Материнское молоко составляет 1/2 необходимого суточного количества. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. В каком возрасте вводится первый прикорм? Составьте меню.

ЗАДАЧА 19

Ребенок 2 мес., параметры при рождении - рост 54 см, масса тела 4000 г. С месячного возраста получает 500 мл грудного молока в сутки. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Какой вид вскармливания получает ребенок? Составьте меню.

ЗАДАЧА 20

Мальчику 3 месяца. При рождении длина тела - 54 см, масса тела 3800 г. Кормится грудным молоком 6 раз в сутки. Результат контрольного кормления 100,0 мл. Рассчитайте долженствующие показатели физического развития. Назовите калорийность молозива. Составьте меню.

ЗАДАЧА 21

Первичный патронаж новорождённого.

Девочка 5 дней, родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отёчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок – 3×3 см, не напряжён. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 110 в минуту. Мать отмечает, что ребёнок неохотно и вяло сосёт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жёлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребёнка не проведён. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
4. При обследовании ребёнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребёнка.
Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

ЗАДАЧА 22

На патронаже новорождённая девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребёнка жалоб не предъявляет.
Из анамнеза: матери ребёнка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии лёгкой степени (отёчная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребёнка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребёнок был выписан под наблюдение врача-педиатра участкового с диагнозом «здоров».
При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, коньюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костносуставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, жёлтого цвета.
По данным обследования из выписки из родильного дома.
Общий анализ крови (ОАК): лейкоциты – 9,0×109
/л, эритроциты – 5,0×1012/л,
гемоглобин – 180 g/L, тромбоциты – 220×109
/л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные
нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.
Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л за счет непрямого, непрямой билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.
Ребёнок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каково дальнейшее наблюдение данного ребёнка на амбулаторном этапе?
4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании и необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
5.Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребёнка на первые 3 месяца.

ЗАДАЧА 23

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребёнок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено: белок – 1 г/л, эритроциты – 50-80 в поле зрения.

Из анамнеза жизни: мальчик от первой беременности, родился в срок с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей. Перенёс несколько раз ангину, ветряную оспу. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Пастозность голеней и стоп. Температура тела – 36,8°С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, АД – 125/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень не увеличена. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча жёлтая, не пенится.

Общий анализ крови: лейкоциты – 12,5×109
/л, эритроциты – 4,43×1012/л,
гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 279,0×109
/л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 65%,
лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 42 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, белок – 1,05 г/л, эритроциты – 60-80 в поле зрения, свежие и измененные, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите необходимость госпитализации. Какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 24

На приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 года 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на появление отёков у ребёнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания.

При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ.

Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отёки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5°С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см. Селезёнка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи – 150 мл. Моча пенится.

Общий анализ крови: лейкоциты – 18,6×109
/л, эритроциты – 4,43×1012/л,
гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 220,0×109

/л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 74%,
лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 37 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые – 2-3 в поле зрения.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Укажите необходимость госпитализации в данной ситуации.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего данное заболевание?

ЗАДАЧА 25

На приёме повторно мать с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.
Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.
При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.
Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении - 3100 г, длина - 52 см, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.
Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 3500 г, длина - 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отёков нет. Большой родничок - 1,0×1,0 см, не напряжён. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранён. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

ЗАДАЧА 26

На приёме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 1 года с жалобами на

отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.
Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот.
Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении - 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.
Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.
Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен.
Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост – 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок – 1,0×1,5 см, не напряжён. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.
Общий анализ крови: WBC – 5,6×109
/л, RBC – 3,2×1012/л, HGB – 82 г/л, HCT –
32%, MCV – 69,0 мкм3
, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW – 18,6%, PLT –
340,0×109
/л, NEU - 30%, LYM - 60%, MONO - 8%, EOS - 2%, СОЭ – 2 мм/час.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий плоский - 0-1-3 в поле зрения.
Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты ++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.
УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации?
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ЗАДАЧА 27

На приёме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приёме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым.Считает себя больной в течение года,

но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.
Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой.
Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налётом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилородуоденальной области.Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы диагностики инфекции Helicobacter pylori.
4. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении данного пациента?
5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.

ЗАДАЧА 28

На приёме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4°С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки.
Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллёз, сальмонеллёз, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отёчна,с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребёнок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7×1012/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.
Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Ребёнок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту - 6 мм (4 месяца назад).
Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 154 см, масса - 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

4. Какие препараты используются для данного заболевания у детей и подростков?
5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

ЗАДАЧА 29

На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 4 лет. Мать предъявляет жалобы на запоры у ребёнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднён, ребёнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мать делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приёмом пищи, аппетит избирательный, снижен.
Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились.
Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учёте у врачаневролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена.
Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 102 см, масса - 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налётом. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.
Ообщий анализ крови: WBC – 7,5,0×109
/л, RBC – 4,2×1012/л, HGB – 120 г/л, NEU –
38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.
В копрограмме: непереваримая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь.
УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте индивидуальный план лечения пациента.
4. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.
5. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.

ЗАДАЧА 30

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°С и появился кашель.
При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице.
Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет

антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.
При объективном исследовании: температура – 38,5°С, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего внебольничную пневмонию?

ЗАДАЧА 31

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затруднённое дыхание, кашель. При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом «бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжёлое персистирующее течение, контролируемая». Получает базисную терапию – Серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение Сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребёнка были проявления атопического дерматита, у матери ребёнка - рецидивирующая крапивница.
Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела - 36°С. Дистантные хрипы.
Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезёнка не увеличена.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации?

4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Через неделю симптомы обострения астмы были полностью купированы. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ЗАДАЧА 32

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель.
При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.
Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.
Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.
Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела – 36,6°С. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации? Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.
5. Через неделю ребёнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ЗАДАЧА 33

Девочка 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.
Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.
Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путём кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном

учёте по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила приём препарата около 3 месяцев назад. В период приёма ингаляционных кортикостероидов отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции Сальбутамола (со слов матери). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приёма базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла Дитек, Сальбутамол, Эуфиллин. К врачу не обращалась.
Объективный осмотр: общее состояние ребёнка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД – 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в лёгких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС – более 120 в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Представьте тактику неотложной терапии.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания у детей?
4. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?
5. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?

ЗАДАЧА 34

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание.
Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт.ст.
Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давление, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт.ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
4. Назовите принципы неотложной терапии.
5. Составьте план дальнейшего лечения.

ЗАДАЧА 35

Мальчик 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе.
Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°С. Мать отметила резкое ухудшение

общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мать вызвала неотложную помощь.
При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту.
Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 16,2×109
/л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час.
Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, дозу и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей.

ЗАДАЧА 36

Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъём температуры до 39,0°С, появились сухой болезненный кашель, головная боль.
Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.
При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.
Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109
/л,
палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы –

1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.
Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента, перенёсшего это заболевание?

ЗАДАЧА 37

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от второй беременности, вторых родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребёнка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела – 3100 г, длина тела – 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.
На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мать обратила внимание на симметричное увеличение молочных желёз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребёнка отмечался отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела – 36,5°С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребёнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная
Клинический анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – 288×109
/л, лейкоциты – 9,2×109
/л,
палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.
Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.
Вопросы:
1. Опишите возникшее состояние у ребёнка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.
3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорождённого.
4. Назначьте питание ребёнку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

ЗАДАЧА 38

Мать с ребёнком 7 месяцев находится на приёме у врача-педиатра участкового, жалуется на повышенную потливость у дочери, плохой сон, вздрагивание во сне.
Из анамнеза известно, что ребёнок от первых родов, протекавших без патологии.

Матери 30 лет. Отец с семьёй не живёт, материальную помощь не оказывает. Девочка получала грудное молоко до 2 месяцев жизни. Затем из-за того, что мать была вынуждена выйти на работу, переведена на искусственное вскармливание: получала смесь «Нестажен» и коровье молоко. С 4 месяцев в питание введена манная каша, которую ребёнок ест до 2–3 раз в день. С 6 месяцев мать попыталась давать овощи, но девочка ела их плохо, и поэтому мать дает их ребёнку нерегулярно. В отсутствие матери с ребёнком находится соседка. Массаж, гимнастику ребёнку не проводят. Гуляет девочка не каждый день. Витамин Д ребёнку дают нерегулярно.
При осмотре: масса – 8500 г, кожа чистая, повышенной влажности. Выраженный красный дермографизм. Голова правильной формы, затылок лысый, выраженные лобные и теменные бугры. Пальпируются рёберные «четки», борозда Гаррисона, «браслетки» в области лучезапястного сустава. Мышечный тонус снижен. Самостоятельно не сидит. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лабораторные методы обследования необходимо назначить ребёнку для уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Назначьте профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 39

Мать с мальчиком 10 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи у ребёнка. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенёс ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ.
2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39°С, лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев».
При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В лёгких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД – 130/95 мм рт.ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.
Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 9,2×109
/л, палочкоядерные
нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3 %, тромбоциты – 530,0×109
/л, СОЭ – 35 мм/час.
Общий анализ мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения, зернистые - 4-8 в поле зрения.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объём жидкости?
5. Назовите показания для госпитализации.

ЗАДАЧА 40

Девочка 3 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы.
Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни.
Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный.
Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109
/л, лейкоформула не изменена,
гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л.
Вопросы:
1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите и обоснуйте тактику терапии.
3. При присоединении бактериальной флоры какое обследование необходимо выполнить в первую очередь? Укажите предполагаемые результаты обследования.
4. В случае присоединения вторичной бактериальной инфекции какой препарат следует выбрать в первую очередь? Укажите дозы, предпочтительный путь введения, критерии эффективности антибактериальной терапии.
5. Назовите метод специфической профилактики респираторных инфекций у детей с первого года жизни, перечислите препараты.

Приложение 4

Перечень практических навыков для подготовки к промежуточной аттестации по производственной практике «Практика педиатрического профиля» для студентов 5 курса педиатрического факультета по специальности 31.05.02 - педиатрия

1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.
2. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой.
3. Оценить данные клинических анализов мочи, крови, основные биохимические и иммунологические показатели у пациентов.
4. Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.
5. Назначить рациональное питание ребенку.
6. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики следующих заболеваний у детей и подростков:

- аномалии конституции
- анемии
- хронические расстройства питания
- остеопенические состояния
- атопический дерматит
- бронхиты
- бронхиальная астма
- острая пневмония
- ХНЗЛ
- острая ревматическая лихорадка
- функциональные заболевания пищеварительной системы
- хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь, ГЭРБ
- пиелонефрит
- гломерулонефрит
- геморрагические заболевания
- лейкоз
- сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз

7. Оказывать неотложную помощь при следующих состояниях:

- гипертермический синдром
- бронхообструктивный синдром
- судорожный синдром
- синдром крупа
- анафилактический шок, острые аллергические реакции
- острой сосудистой недостаточности
- острой сердечной недостаточности
- кровотечения

8. Проводить последовательную профилактику наиболее частых заболеваний подросткового возраста.
9. Обеспечить своевременную госпитализацию больных, нуждающихся в стационарном лечении.

Лист согласования

Выдан кафедре факультетской и паллиативной педиатрии в том, что списки рекомендованной литературы в рабочих программах дисциплин: «факультетская педиатрия», «паллиативная помощь в педиатрии» по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия» соответствуют требованиям ФГОС ВО и ГОСТ Р7.0.100-2018.

Согласовано:

Директор библиотеки Кириллова В. А.

« 19 » апреля 2021 г.

РЕЦЕНЗИЯ

НА РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ

по производственной практике «Практика педиатрического профиля » по специальности 31.05.02 Педиатрия кафедры факультетской и паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Рабочая программа кафедры факультетской и паллиативной педиатрии составлена с учетом требований ФГОС ВО по специальности **31.05.02** Педиатрия, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования РФ №965 от 12.08.2020, и является основным учебно-методическим документом, определяющим содержание и порядок прохождения всех видов учебных занятий на педиатрическом факультете.

Рабочая программа разработана в соответствии с Положением об УМК практики и содержит все разделы. Производственная практика «Практика педиатрического профиля » составляет 5 ЗЕ (180 час.) и направлена на прохождение студентами 5 курса педиатрического факультета в семестре А основам деятельности врача-педиатра (врача педиатра-участкового).

В рабочей программе приведены объем, содержание и характеристика производственной практики и изучаемых профессиональных компетенций, формы контроля.

Заключение. Представленная на рецензию кафедрой факультетской и паллиативной педиатрии рабочая программа может быть использована для прохождения производственной практики «Практика педиатрического профиля » по специальности **31.05.02** Педиатрия.

Заведующий кафедрой
детских инфекционных болезней
д.м.н., доцент С.П. Кокорева

РЕЦЕНЗИЯ

на рабочую программу
по производственной практике «Практика педиатрического профиля»
по специальности **31.05.02** Педиатрия
кафедры факультетской и паллиативной педиатрии
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Рабочая программа составлена с учетом требований ФГОС ВО по специальности **31.05.02** Педиатрия, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования РФ №965 от 12.08.2020, и является основным учебно-методическим документом, определяющим содержание и порядок прохождения всех видов учебных занятий на педиатрическом факультете.

Рабочая программа по производственной практике «Практика педиатрического профиля» разработана в соответствии с Положением об УМК и содержит информацию по структуре и содержанию производственной практики, изучаемых профессиональных компетенций, а также необходимый фонд оценочных средств. Рабочая программа составляет 5 ЗЕ (180час.) и направлена на прохождение студентами 5 курса педиатрического факультета в семестре А производственной практике «Практика педиатрического профиля».

Заключение. Представленная на рецензию кафедрой факультетской и паллиативной педиатрии рабочая программа может быть использована для прохождения производственной практики «Практика педиатрического профиля» по специальности **31.05.02** Педиатрия.

Рецензент:
главный врач БУЗ ВО «ОДКБ №2» С.А. Авдеев