

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



## Педиатрия

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Педиатрии**

Учебный план 31050150\_13\_56ЛД.plx  
31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **10 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 360

в том числе:

аудиторные занятия 216

самостоятельная работа 108

экзамены 36

Виды контроля в семестрах:

экзамены 10

зачеты 9

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		Итого	
	Неделя	18	17			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	36	36	18	18	54	54
Практические	72	72	90	90	162	162
Итого ауд.	108	108	108	108	216	216
Контактная	108	108	108	108	216	216
Сам. работа	72	72	36	36	108	108
Часы на			36	36	36	36
Итого	180	180	180	180	360	360

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Суцанло Х.М.; д.м.н., профессор, Боконбаева С.Дж.



Рецензент(ы):

к.м.н., доцент, Василенко В.В.; к.м.н., доцент, Борякин Ю.В.



Рабочая программа дисциплины

**Педиатрия**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

утвержденного учёным советом вуза от 29.08.2014 протокол № 1.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Педиатрии**

Протокол от 16 09 2014 г. № 2

Срок действия программы: уч.г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

21.09 2015 г.

*Зар*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2015-2016 учебном году на заседании кафедры **Педиатрии**

Протокол от 26.05 2015 г. № 10  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

16.11 2016 г.

*Зар*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры **Педиатрии**

Протокол от 15.09 2016 г. № 3  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

14.10 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры **Педиатрии**

Протокол от 11.05 2017 г. № 11  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

12.10 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры **Педиатрии**

Протокол от 11.05 2018 г. № 11  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

4.09. 2019 г.Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры  
**Педиатрии**Протокол от 10.05 2019 г. № 11  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры  
**Педиатрии**Протокол от \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры  
**Педиатрии**Протокол от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры  
**Педиатрии**Протокол от \_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Получение базовых знаний и определенных компетенций по данной дисциплине, с использованием эффективных технологий проведения лекций, практических занятий и многоэтапного контроля в процессе обучения.
1.2	Освоить особенности детского организма, необходимые алгоритмы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний детского возраста, необходимые для врача.

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Клиническая фармакология
2.1.2	Клиническая практика ( Помощник врача)
2.1.3	Факультетская терапия
2.1.4	Лучевая диагностика
2.1.5	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.6	Пропедевтика внутренних болезней
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Госпитальная терапия
2.2.2	Педиатрия
2.2.3	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
2.2.4	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания**

**Знать:**

Уровень 1	Правила проведения обследования по органам и системам, правила сбора материала для лабораторного исследования
Уровень 2	Основные симптомы поражения органов и систем и их специфику
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику

**Уметь:**

Уровень 1	Раскрыть смысл полученных результатов исследования.
Уровень 2	Провести сравнение различных видов поражения органов и их систем
Уровень 3	Отметить практическую ценность конкретных патологических синдромов

**Владеть:**

Уровень 1	Навыками сбора жалоб, анамнеза, проведения осмотра больного.
Уровень 2	Приемами поиска и выявления основных симптомов поражения органов и их систем.
Уровень 3	Навыками выражения и собственного обоснования объединения различных симптомов в единый патологический синдром

**ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами****Знать:**

Уровень 1	Основные методы лечебных приемов
Уровень 2	Основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами
Уровень 3	Специфику лечения

**Уметь:**

Уровень 1	Раскрыть смысл определения тактики ведения больных с различными нозологическими формами
Уровень 2	Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами
Уровень 3	Отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами

**Владеть:**

Уровень 1	Навыками определения тактики ведения больных с различными нозологическими формами
Уровень 2	Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами

Уровень 3	Навыками выражения и обоснования индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами
<b>ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</b>	
<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Правила проведения обследования по органам и системам, правила первичной реанимации
Уровень 2	Основные симптомы поражения органов и систем при угрожающих жизни состояниях
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем при неотложных состояниях
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Раскрыть смысл полученных результатов исследования.
Уровень 2	Провести сравнение поражения органов и их систем при неотложных состояниях
Уровень 3	Оказывать неотложную помощь при угрожающих состояниях
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Навыками оценки угрожающих состояний при проведении осмотра больного.
Уровень 2	Приемами выявления основных признаков опасности.
Уровень 3	Навыками оказания интенсивной и неотложной помощи детям

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Периоды детского возраста, функциональные и морфологические характеристики детей разного возраста, закономерности роста и развития ребенка, повозрастные нормы физического и нервно-психического развития, роль наследственных, а также эндо- и экзогенных факторов в формировании здоровья или болезни детей. Особенности обменных процессов и иммунологической защиты в детском возрасте, основы медико-генетического консультирования, преимущества естественного вскармливания, особенности питания детей старше года.
3.1.2	Структуру показателей младенческой смертности и возможности ее снижения. Этиологию, патогенез клинические проявления, диагностику, лечение и профилактику основных заболеваний периода новорожденности и детей раннего возраста.
3.1.3	Этиологию, патогенез, особенности течения, диагностики и лечения заболеваний встаршем детском возрасте.
3.1.4	Принципы организации детских лечебно-профилактических учреждений и санитарно-противоэпидемического режима в них и в родильных домах.
3.1.5	Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению и подросткам, современные организационные формы работы и диагностические возможности поликлинической службы.
3.1.6	Особенности организации и основные направления работы участкового врача-педиатра и врача общей практики. Принципы диспансерного наблюдения за детьми и пути воспитания здорового, гармонично развитого ребенка.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Анализировать и оценивать организацию и качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических воздействий.
3.2.2	Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.
3.2.3	Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.
3.2.4	Провести обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой, направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам.
3.2.5	Оценить данные клинических анализов мочи, крови, основные биохимические и иммунологические показатели крови в возрастном аспекте.
3.2.6	Оценить данные рентгенологического и инструментального исследования. Провести дифференциальный диагноз. Обосновать и поставить клинический диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией; Разработать больному ребенку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы не медикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия.
3.2.7	Оказывать неотложную помощь при состояниях: гипертермический синдром; бронхообструктивный синдром; судорожный синдром; синдром крупа; инфекционно-токсический шок; потери сознания; кровотечения; синдром дегидратации; острые аллергические реакции; Назначать рациональное вскармливание ребенку первого года жизни и питание ребенку старше года.
3.2.8	Осуществлять: доверительный психологический контакт с ребёнком и его родителями; принципы медицинской этики и деонтологии; интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) на до - и госпитальном этапах.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	учреждений системы здравоохранения;

3.3.2	оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых и социальных групп;
3.3.3	методами общего клинического обследования детей; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов;
3.3.4	алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
3.3.5	алгоритмом выполнения основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детскому населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях. Проведение первичной реанимации у новорожденных; оказание интенсивной и неотложной помощи детям различных возрастных периодов; проведением интубации, катетеризации, ИВЛ, непрямого массажа сердца; экспресс-диагностикой редко встречающихся синдромов и заболеваний.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Периоды детства.Физическое и психомоторное развитие детей.АФО кожи,пжк,костно-мышечной системы.</b>						
1.1	Предмет педиатрии,цели,задачи,разделы педиатрии,периоды детства. /Лек/	9	3	ПК-8	Л1.1 Э1	0	
1.2	физическое развитие,семиотика расстройств роста и изменения массы тела. /Лек/	9	3	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Э1	0	
1.3	Нервно-психическое развитие,семиотика неврологических нарушений у детей. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
1.4	Организационные основы педиатрии, периоды детского возраста. Особенности возрастной патологии. Сбор анамнеза у детей и их родителей. Навыки консультирования /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
1.5	Физическое и психомоторное развитие детей. Возрастные особенности прироста массы, длины и других параметров тела, семиотика нарушений. Принципы оценки физического развития и состояния питания детей первых 5-ти лет жизни. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	1	Работа в малых группах.Принести с собой сантиметровую ленту.
1.6	АФО нервной системы и органов чувств у детей. Развитие статических и психических функций. Оценка нервно-психического и физического развития детей. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
1.7	АФО кожи, подкожно-жировой клетчатки, костной, мышечной, лимфатической систем, семиотика поражений этих систем. Оценить и классифицировать желтуху. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
1.8	Организационные основы педиатрии, периоды детского возраста. Особенности возрастной патолог. Сбор анамнеза у детей и их родителей. Навыки консультирования /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Проверка навыков сбора анамнеза, оформления истории болезни

1.9	Физическое и психомоторное развитие детей. Возрастные особенности прироста массы, длины и других параметров тела, семиотика нарушений. Принципы оценки физического развития и состояния питания детей первых 5-ти лет жизни /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Проверка навыков самостоятельного взвешивания, измерения роста, окружностей у детей разного возраста, оценки физического развития по таблицам
1.10	АФО нервной системы и органов чувств у детей. Развитие статических и психических функций. Оценка нервно-психического и физического развития детей. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Оценка навыков исследования нервной системы, рефлексов у детей различных возрастов. Нервнопсихическое развитие. Решение ситуационных задач, тестовых заданий.
1.11	АФО кожи, подкожно-жировой клетчатки, костной, мышечной, лимфатической систем, семиотика поражений этих систем. Оценить и классифицировать желтуху. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Оценка навыков исследования у детей кожи, подкожножировой клетчатки, костной, мышечной, лимфатической системы. Решение ситуационных задач, тестовых заданий.
	<b>Раздел 2. АФО органов дыхания, кровообращения, кроветворения.</b>						
2.1	Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
2.2	АФО кроветворения, семиотика заболеваний крови. Типы кровоточивости. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
2.3	АФО органов дыхания. Методика исследования у детей различных возрастных групп. Оценка кашля и затрудненного дыхания у детей до 5 л (оценить, классифицировать). Семиотика основных поражений /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Принести фонендоскопы Сменную форму.

2.4	АФО органов кровообращения. Кровообращение плода. Методика исследования по возрастным группам. Особенности детской ЭКГ и рентгенограмм. Семиотика основных поражений сердца. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	2	Работа в ЦИПО. Аускультация на манекенах
2.5	Особенности кроветворения и картины периферической крови у детей различного возраста. Методика исследования, семиотика основных заболеваний крови у детей. Оценка и классификация анемии. Оценка анализов крови в норме и патологии. Семиотика /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
2.6	АФО органов дыхания. Методика исследования у детей различных возрастных групп. Оценка кашля и затрудненного дыхания у детей до 5 л (оценить, классифицировать). Семиотика основных поражений. Учебный видеофильм: «Обследование органов дыхания у детей»; Аудиозапись «Дыхательные шумы» /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Контроль умений осмотра, перкуссии, аускультации легких у детей, анализа лабораторных исследований, определение функций внешнего дыхания, чтение рентгенограмм, бронхограмм и др. Решение ситуационных задач
2.7	АФО органов кровообращения. Методика исследования по возрастным группам. Особенности детской ЭКГ и рентгенограмм. Семиотика основных поражений сердца. Аудиозапись «Сердечные шумы». /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Контроль умений сбора анамнеза, осмотра, перкуссии, аускультации сердечно – сосудистой системы, анализ ЭКГ и рентгенограмм у больных детей с заболеваниями сердца. Решение ситуационных задач

2.8	Особенности кроветворения и картины периферической крови у детей различного возраста. Методика исследования, семиотика основных заболеваний крови у детей. Оценка и классификация анемии. Оценка анализов крови в норме и патологии. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Контроль за умением обследования больных детей с заболеваниями крови и анализом гемограмм. Решение ситуационных задач, тестовых заданий.
	<b>Раздел 3. АФО органов мочевого выделения, пищеварения. Вскармливание.</b>						
3.1	АФО и семиотика заболеваний органов пищеварения. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.2	Естественное вскармливание. Состав грудного молока. Правила естественного вскармливания. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.3	Прикорм. Нормативно-правовая база по организации и защите грудного вскармливания МЗ КР /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.4	Особенности органов мочеобразования и мочеотделения у детей различного возраста. Методика исследования, семиотика основных заболеваний почек у детей /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.5	АФО системы пищеварения в детском возрасте. Методы исследования у детей. Семиотика основных заболеваний ЖКТ у детей. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.6	Естественное вскармливание. Состав грудного молока. Правила естественного вскармливания. Обучение матери правильному положению и прикладыванию ребенка к груди. Рекомендации по кормлению. Дополнительное кормление. Основные принципы и рекомендации по кормлению детей от 0 до 6 мес. и 6- 23 мес. Нормативно-правовая база по организации и защите грудного вскармливания МЗ КР. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	
3.7	Смешанное и искусственное вскармливание. Показания к переводу на эти виды вскармливания. Классификация смесей. Правила введения докорма и искусственного вскармливания. Оценка кормления и поиск проблем вскармливания у детей 0-6 мес. и 6-23 мес. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Э1	0	
3.8	Особенности органов мочеобразования и мочеотделения у детей различного возраста. Методика исследования. Семиотика основных заболеваний почек у детей. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	

3.9	АФО системы пищеварения в детском возрасте. Методы исследования у детей. Семиотика основных заболеваний. Учебный видеофильм «Обследование органов пищеварения у детей.» /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Контроль за умением обследования больных детей с заболеваниями крови и анализом гемограмм. Решение ситуационных задач, тестовых заданий.
3.10	Естественное вскармливание. Состав грудного молока. Обучение матери правильному положению и прикладыванию ребенка к груди. Сбор информации по питанию детей в возрасте 0-6, 6-23 мес. Применение навыков консультирования. //Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Проверка освоения методики естественного вскармливания на примере больных детей. Расчет питания и составление меню больному ребенку. Запись в учебной истории болезни в т. числе в поликлинике.
3.11	Смешанное и искусственное вскармливание. Показания к переводу на эти виды вскармливания. Классификация смесей. Выявление проблем кормления детей 0-6 мес. и 6-23 мес. Навыки консультирования матерей. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Э1	0	Контроль освоения методики смешанного и искусственного вскармливания на примере больных детей. Расчет питания и составление меню больному ребенку. Запись в учебной истории болезни в т. числе в поликлинике.
<b>Раздел 4. Неонатология.</b>							
4.1	Аntenатальная патология /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э2	0	
4.2	ВУИ плода и новорожденного. Сепсис /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8 ПК-11	Л1.3 Л2.1 Э1	0	
4.3	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Родовые травмы головного мозга. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8 ПК-11	Л1.3 Л2.1 Э1	0	

4.4	Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	
4.5	Проблемы перинатологии и неонатологии. Влияние вредных факторов на здоровье родителей и детей. Доношенный и недоношенный ребенок. Пограничные состояния новорожденных. Вскармливание больных новорожденных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Кормление новорожденных детей при ЧС.ИБДОР /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	
4.6	ВУИ плода и новорожденного. Вскармливание детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Сепсис. Заболевания кожи и пупка у новорожденных. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8 ПК-11	Л1.3 Л2.1 Э1	0	
4.7	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Родовые травмы головного спинного мозга. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	2	Работа в ЦИПО.Проведение реанимации на манекенах.
4.8	Гемолитическая болезнь новорожденного. Диф. диагностика желтух периода новорожденности. Классификация и лечение желтух периода новорожденности. /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	Принести сменную форму
4.9	Проблемы перинатологии и неонатологии. Влияние вредных факторов на здоровье родителей и детей. Доношенный и недоношенный ребенок. Использование навыков консультирования матерей при кормлении больных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Кормление новорожденных детей при ЧС.ИБДОР /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	Контроль умений оценки состояния здоровья новорожденного ребенка, его пограничных состояний. Совершенство в ании техники и навыков ухода и вскармливания новорожденных. Решение ситуационных задач.

4.10	ВУИ плода и новорожденного. Вскармливание детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Сепсис. Заболевания кожи и пупка у новорожденных. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	Контроль умений диагностики ВУИ и сепсиса у новорожденных курация больных с различными формами заболеваний. Составление плана обследования и лечения. Решение ситуационных задач.
4.11	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Родовые травмы головного спинного мозга. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	Контроль умений оценки состояния асфиксии новорожденных по шкале Апгар. Освоения принципов этапного выхаживания новорожденных с асфиксией (алгоритм А,В,С). Освоение методов первичной реанимации новорожденно г о.
4.12	Гемолитическая болезнь новорожденного. Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. Классификация и лечение желтух периода новорожденности /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.1 Э1	0	Контроль за курацией больных с различными клиническими формами ГБН. Овладением умений техники полного заменного переливания крови.
<b>Раздел 5. Поликлиническая педиатрия.</b>							
5.1	Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми разного возраста. Группы здоровья /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	
5.2	Организация и принципы работы детского отделения поликлиники. Документация. /Пр/	9	4		Л1.4 Л2.3 Э3	0	

5.3	Педиатрический прием. Основные показатели эффективности работы педиатра. Навыки консультирования /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	
5.4	Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми разного возраста. Дородовый патронаж. Патронаж новорожденного. Группы здоровья. Диспансерное наблюдение за детьми с различными заболеваниями. Приказ МЗ КР №585 /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	
5.5	Организация и принципы работы детского отделения поликлиники. Документация. /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	Контроль участия в педиатрическом приеме. Оформление карты развития ребенка и документации.
5.6	Педиатрический прием. Основные показатели эффективности работы педиатра Навыки консультирования /Ср/	9	4	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	Контроль за курацией больного с описанием его статуса, оценкой состояния по всем органам и системам
5.7	Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми разного возраста. Дородовый патронаж. Патронаж новорожденного. Группы здоровья. Диспансерное наблюдение за детьми с различными заболеваниями. приказом МЗ КР № 585 /Ср/	9	3,7	ПК-5 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э3	0	Контроль составления плана диспансерного наблюдения, отражен записи в дневнике. Составления плана диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями
5.8	/КрТО/	9	0,3			0	
5.9	/Зачёт/	9	0			0	
<b>Раздел 6. Дефицитные состояния детей раннего возраста.</b>							
6.1	Анемии детей. Классификация. Клиника и лечение анемий. КП МЗКР 2015. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.2	Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.3	Острые и хронические расстройства питания у детей. Современные критерии диагностики /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.4	Анемии детей раннего возраста. Классификация. Клиника и лечение железодефицитных анемий у детей раннего возраста, в т.ч. в соответствии с КП МЗ КР 2015 /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.5	Рахит и рахитоподобные заболевания у детей. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	

6.6	Острые и хронические расстройства питания у детей. Критерии диагностики. Оценка физического развития по картам прибавки веса, таблицам стандартных отклонений, расчет индексов физического развития. Рекомендации по питанию, уходу, наблюдению, за ребенком с низкой массой тела. Кормление детей с низкой массой тела при рождении /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.7	Аномалии конституции. Роль наследственных факторов в формировании диатезов. Диагностика, исходы различных диатезов. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
6.8	Анемии детей раннего возраста. Классификация. Клиника и лечение железодефицитных анемий у детей раннего возраста, в том числе в соответствии с КП МЗ КР 2015. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Проверка освоения навыков сбора анамнеза, осмотра детей с анемиями, интерпретации анализов, решения ситуационных задач, тестовых вопросов
6.9	Рахит и рахитоподобные заболевания у детей. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль приобретения самостоятельного диагноза рахита различной степени тяжести и остроты течения с оценкой биохимических анализов крови и рентгенограмм зон роста. Составление плана лечения Выписка рецептов.

6.10	хронические расстройства питания у детей. Критерии диагностики. Оценка физического развития по картам прибавки веса, рекомендации по питанию, уходу, наблюдению, за ребенком по картам с низкой массой тела. Кормление детей с низкой массой тела при рождении /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Оценка практических навыков: - оценка физического развития по картам прибавки веса, таблицам стандартных отклонений, Расчет индексов физического развития; - оценка кормления детей от 0 -6 мес./6 -23 мес.
6.11	Аномалии конституции. Роль наследственных факторов в формировании диатезов. Диагностика, исходы различных диатезов. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль сбора анамнеза с выявлением роли наследственных факторов в формировании диатезов. Закрепление умений оценки состояния питания, тургора тканей, характера стула, иммунологического статуса по показателям гуморального и клеточного иммунитета у детей с аномалиями конституции. Составление плана лечения.
	<b>Раздел 7. Заболевания органов дыхания у детей.</b>						
7.1	Острые пневмонии. Этиопатогнез. Классификация. Клиника неосложненных пневмоний. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
7.2	Клиника и дифференциальная диагностика осложнений при острых пневмониях. Современные подходы к лечению острых пневмоний. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
7.3	Бронхиальная астма. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	

7.4	Бронхиты:острый простой бронхит,бронхиолит,острый обструктивный бронхит.Этиопатогенез.Клиника.Диагностика.Лечение.Профилактика. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Принести фонендоскопы · Сменную форму.
7.5	Острые пневмонии.Этиопатогенез.Классификация.Клиника и дифференциальная диагностика.Современные подходы к лечению острых пневмоний. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	3	Работа в ЦИПО.Проведение аускультации на анекенах
7.6	Хронические заболевания органов дыхания.Респираторные аллергозы.Бронхиальная астма.Принципы лечения и профилактики. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
7.7	Бронхиты:острый простой бронхит,бронхиолит,острый обструктивный бронхит.Этиопатогенез.Клиника.Диагностика.Лечение.профилактика. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль работы у постели больного: сбора жалоб, анамнеза.Составить план обследования и лечения. Чтение рентгенограмм
7.8	Острые пневмонии.Этиопатогенез.Классификация.Клиника и дифференциальная диагностика.Современные подходы к лечению пневмоний. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль работы у постели больного: сбора жалоб, анамнеза (обратить внимание на преморбидный фон и его роль в развитии пневмонии у больного). Закрепление умений по методике обследования органов дыхания. Выявление основных симптомов. Составить план обследования и лечения. Чтение рентгенограмм

7.9	Хронические бронхолегочные заболевания у детей. Респираторные аллергии. Бронхиальная астма. Принципы лечения и профилактики /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Проверка умений курации больных с ХБЛЗ и в приступном и после приступном периодах бронхиальной астмы. Оценка результатов обследования мокроты, рентгенограмм легких, результатов исследования функции внешнего дыхания Составление плана обследования и лечения.
<b>Раздел 8. Сердечно-сосудистая патология,геморрагические диатезы.</b>							
8.1	Геморрагические диатезы. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
8.2	Острая ревматическая лихорадка, особенности у детей. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
8.3	Клинические проявления гемофилии, тромбоцитопенической пурпуры, геморрагического васкулита, их диагностика принципы лечения. /Лек/	10	4	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
8.4	Врожденные пороки сердца. Классификация. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	3	Работа В ЦИПО.Отработка аускультации на манекенах.
8.5	Острая ревматическая лихорадка, особенности у детей. Диагностика, лечение, профилактика. ЮРА, дифференциальная диагностика с ревматическим полиартритом. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
8.6	Геморрагические диатезы. Классификация. Клиника гемофилии, тромбоцитопенической пурпуры, геморрагического васкулита, их дифференциальная диагностика, принципы лечения. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	

8.7	Врожденные пороки сердца. Классификация. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль за курацией больных раннего возраста с различными ВПС. Закрепление умений выявления симптоматики ВПС. Составление плана обследования детей с ВПС.
8.8	Острая ревматическая лихорадка, особенности у детей. Диагностика, лечение, профилактика. ЮРА, дифференциальная диагностика с ревматическим полиартритом. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль курации больных с ОРЛ, обратить внимание на особенности анамнеза. Выявление диагностическ их и дифференциал ь ныхдиагности ческ их критериев ревматизма. Интерпретаци я клинических, лаборатных, инструменталь ных (ЭКГ,ФКГ,УЗ И ) данных при постановке диагноза ОРЛ и ХРЛ. Составить план лечения и наблюдения

8.9	Геморрагические диатезы. Классификация. Клиника гемофилии, тромбоцитопеничной пурпуры, геморрагического васкулита, их дифференциальная диагностика, принципы лечения. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль курации больных с геморрагическими диатезами. Закрепление умений обследования, оценка анализа периферической крови, пункта костного мозга. Проведение дифференциальной диагностики между различными геморрагическими диатезами. Составление плана обследования и лечения.
	<b>Раздел 9. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Патология почек и эндокринной системы.</b>						
9.1	Основные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
9.2	Заболевания почек у детей. Гломерулонефриты. /Лек/	10	1	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
9.3	Инфекции мочевыделительного тракта (цистит, пиелонефрит). Острый и хронический пиелонефрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. /Лек/	10	1	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
9.4	Основные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени у детей. Хронический гастрит. Хронический гастродуоденит. Язвенная болезнь. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Болезни желчных путей. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
9.5	Заболевания почек у детей. Острый и хронический гломерулонефриты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Инфекции мочевыделительного тракта (цистит, пиелонефрит). Острый и хронический пиелонефрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. /Пр/	10	10	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	

9.6	Заболевания эндокринной системы у детей. Заболевания гипофиза (болезни роста). Гипотиреоз Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Гиперкортицизм. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
9.7	Основные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени у детей. Хронический гастрит. Хронический гастродуоденит. Язвенная болезнь Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Болезни желчных путей /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль умений обследования желудочно – кишечного тракта: осмотр языка и слизистой рта, пальпация и перкуссия органов брюшной полости, диагностика различных клинико – лабораторных синдромов. Составление плана лечения
9.8	Заболевания почек у детей. Острый и хронический гломерулонефриты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Инфекции мочевыделительного тракта (цистит, пиелонефрит). Острый и хронический пиелонефрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Проверка умений общения с детьми, целенаправленного сбора анамнеза при подозрении на ОГН, ХГН, пиелонефрит. Закрепление умений обследования органов мочевыделительной системы, интерпретация результатов обследования, постановка правильного диагноза, составление плана обследования и лечения.
9.9	Заболевания эндокринной системы у детей. Заболевания гипофиза (болезни роста). Гипотиреоз. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Болезнь Иценко-Кушинга /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5 Э6	0	Контроль за курацией больных, составление плана обследования и лечения, принципы диспансерного наблюдения.

	<b>Раздел 10. Поликлиническая педиатрия.</b>						
10.1	Неотложная помощь детям в условиях поликлиники. Оценка и классификация общих признаков опасности у больного ребенка. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
10.2	Работа прививочного кабинета. Прививочный календарь. Составление плана прививок. Обеспечение безопасной иммунизации. /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	
10.3	Фоновые заболевания у детей раннего возраста (гипотрофия, анемия, рахит, аномалии конституции). Оценка физического развития, диагностика и наблюдение детей с острыми и хроническими нарушениями питания в соответствии с приказом МЗ КР № 585 /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э3 Э4 Э5	0	
10.4	Неотложная помощь детям в условиях поликлиники. Оценка и классификация общих признаков опасности у больного ребенка, необходимые мероприятия, схемы лечения /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э3 Э4 Э5	0	
10.5	Вопросы организации медицинской помощи детям в дошкольных и школьных учреждениях /Пр/	10	5	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э3 Э4 Э5	0	
10.6	Работа прививочного кабинета. Прививочный календарь. Составление плана прививок. Обеспечение безопасной иммунизации. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э3 Э4 Э5	0	Контроль за составлением плана профилактических прививок. Физиологические и патологические реакции на прививки. Неотложная терапия аллергических реакций.

10.7	Фоновые заболевания у детей раннего возраста (гипотрофия, анемия, рахит, аномалии конституции). /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э3 Э4 Э5	0	Контроль за осмотром детей с указанной патологией, составление плана обследования, лечения, наблюдения, и профилактики. Решение ситуационных задач, тестов. Оценка физического развития по картам прибавки веса, таблицам стандартных отклонений, расчет индексов физического развития.
10.8	Неотложная помощь детям в условиях поликлиники. Оценка и классификация общих признаков опасности у больного ребенка, необходимые мероприятия, схемы лечения. /Ср/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Проверка умений диагностики, овладения техникой проведения реанимационных мероприятий при неотложных состояниях. Лечение токсикозов, нарушения мозгового кровообращения, геморрагического синдрома, ДВС синдрома и др
10.9	Вопросы организации медицинской помощи детям в дошкольных и школьных учреждениях. /Ср/	10	4	ПК-5 ПК-8	Л1.2 Л2.2 Э4 Э5	0	Контроль умения оформления документации при поступлении детей в детский сад и школу. Составление плана диспансерного наблюдения, работа с медицинской документацией.

10.10	/КрЭж/	10	0,5			0	
10.11	/Экзамен/	10	35,5	ПК-5 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э4 Э5	0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Педиатрия (9-10 семестр)

Вопросы для проверки уровня обучения "ЗНАТЬ":

Проводится в виде вопросов в билете: см. Приложение №1

Задания для проверки уровня обучения "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ":

Ситуационные задачи: см Приложение №2

Практические навыки: Выяснить жалобы, собрать анамнез у больного с выявлением симптомов и синдромов заболевания.

Провести физикальное исследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) новорожденного и детей раннего возраста.

Оценить и трактовать результаты клинических и основных параклинических методов исследования.

На основании исследования физикального статуса: выявить симптомы и синдромы, поставить предварительный диагноз.

### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены

### 5.3. Фонд оценочных средств

Ситуационные задачи (Приложение №2)

Тесты (Приложение №3)

Темы рефератов (Приложение №4)

Фронтальный опрос (Приложение №8)

Схема написания истории болезни (Приложение №5)

### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты

Ситуационные задачи

История болезни больного

Доклад

Реферат

Презентация

Фронтальный опрос

Практические навыки

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложении №6

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	С.Дж. Боконбаева, Т.Д. Счастливая, Х.М. Сушанло, Н.М. Алдашева	Пропедевтика детских болезней : учебник	Бишкек 2015
Л1.2	Шабалов Н.П.	Детские болезни: учебник в 2 томах	Питер 2011
Л1.3	Боконбаева С.Дж.	Болезни новорожденных детей: учебник	КРСУ 2016
Л1.4	Боконбаева С.Дж.	Первичная профилактика в практике участкового педиатра. : Учебное пособие	КРСУ, Бишкек 2013

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Шабалов Н.П.	Неонатология: Учебник	СПб.: СпецЛит 2016
Л2.2	Баранов А.А.	Детские болезни: Учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012
Л2.3	Калмыкова А.С.	Поликлиническая педиатрия: учебник: педиатрия: учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Пропедевтика детских болезней	<a href="http://www.studentmedlib.ru">http://www.studentmedlib.ru</a>
----	-------------------------------	---

Э2	Болезни новорожденных детей	<a href="http://www.prlib.ru/Pages/ab">http://www.prlib.ru/Pages/ab</a>
Э3	Поликлиническая педиатрия	<a href="http://www.kyrlibnet.kg">http://www.kyrlibnet.kg</a>
Э4	Болезни детей раннего возраста	<a href="http://www.dlib/eastview.com">http://www.dlib/eastview.com</a>
Э5	Болезни детей старшего возраста	<a href="http://www.iprbooksshop.ru">http://www.iprbooksshop.ru</a>
Э6	Эндокринология	<a href="http://www.lib.krsu.edu.kg">http://www.lib.krsu.edu.kg</a>

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Теоретическая подготовка изучения программы по поликлинической и неотложной педиатрии проводится на базах	
6.3.1.2	Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек в большом лекционном зале на 120 посадочных мест. Презентации лекций по всем разделам дисциплины (PowerPoint)	
6.3.1.3	Имеются 3 стандартно оборудованных аудитории с 12-30 посадочными местами (блок парты, меловая, маркерная доски, компьютер).	
6.3.1.4	У студентов имеется доступ к информационным стендам, плакатам, электронной библиотеке, учебным фильмам, базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).	
6.3.1.5	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.	
6.3.1.6	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12, 4/15) с выходом в сеть интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.	

#### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы	
6.3.2.2	<a href="http://www.studentmedlib.ru">http://www.studentmedlib.ru</a>	
6.3.2.3	<a href="http://www.prlib.ru/Pages/about_new.aspx">http://www.prlib.ru/Pages/about_new.aspx</a>	
6.3.2.4	<a href="http://www.kyrlibnet.kg">http://www.kyrlibnet.kg</a>	
6.3.2.5	<a href="http://www.dlib/eastview.com">http://www.dlib/eastview.com</a>	
6.3.2.6	<a href="http://www.iprbooksshop.ru">http://www.iprbooksshop.ru</a>	
6.3.2.7	<a href="http://www.lib.krsu.edu.kg">http://www.lib.krsu.edu.kg</a>	

### 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), вторичного уровня ЛПУ. Имеют 6 специализированных отделений: отделение неотложной соматики, отделение неотложной неврологии, отделение неотложной неонатологии, реанимации новорожденных, ЛОР отделение, отделение патологии почек, коечный фонд - 200 коек. Имеются 3 стандартно оборудованных аудитории с 12-30 посадочными местами (блок парты, меловая, маркерная доски, компьютер), лекционный зал на 120 посадочных мест (блок парты, маркерная доска, ноутбук, проектор, микрофон). У студентов имеется доступ к информационным стендам (1 шт.), плакатам (10 шт.), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (10 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).	
7.2	На базе Национального центра охраны материнства и детства (ЛПУ третичного уровня). Имеются 9 специализированных отделений: отделение острой респираторной патологии, отделение гастроэнтерологии, отделение аллергологии, отделение гематологии, отделение кардиоревматологии, отделение эндокринологии, отделение нефрологии,	
7.3	отделение патологии новорожденных, отделение реанимации, коечный фонд – 230 коек. Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 96 посадочными местами (блок парты, меловые, маркерные доски). У студентов имеется доступ к плакатам (70 шт.), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (10 шт.), базе клинического	
7.4	материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).	
7.5	На базе Городского перинатального центра, вторичного уровня ЛПУ. Имеются 3 специализированных отделения: отделение «Мать и дитя», отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделение реанимации, коечный фонд – 100 коек. Имеется 1 стандартно оборудованная аудитория на 12 посадочных мест (блок парты, маркерная доска, ноутбук). У студентов имеется доступ к плакатам (10 шт.), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (5 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).	
7.6	На базе Центра семейной медицины №8. Имеется 12 ГСВ, обслуживающих 18977 - детского населения, подростков - 1936.	

7.7	Имеется 1 стандартно оборудованная аудитория на 15 посадочных мест (столы, стулья, маркерная доска, ноутбук). У студентов имеется доступ к плакатам (15шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (5 шт.), базе клинического материала (истории развития ребенка, лабораторные анализы, R-граммы).
7.8	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).

## 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в Приложении №7. Технологическая карта ПД

Методические рекомендации по изучению дисциплины

Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса

Специфика в изучении раздела по пропедевтике детских болезней заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных. На первом занятии преподаватель доводит до сведения студентов те условия и требования, которые должны соблюдаться в течение всей работы над дисциплиной.

Изучение дисциплины «Педиатрия» предусматривает освоение 34 тем, которые осуществляются в учебном процессе в виде активных, интерактивных форм, самостоятельной работы, с целью формирования и развития у студентов профессиональных навыков.

**МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (11 семестр - зачет, 12 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей
4. **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ**

1. При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроле. На промежуточном контроле студент должен верно решить комплексное задание по педиатрии содержащее вопросы - (знать) и правильно оценить ситуацию (уметь, владеть).

2. Оценка промежуточного контроля:

3.- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия);

4.- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);

5.- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

**ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ**

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

а) переключки;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия;

г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

а) фронтальный опрос;

б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами (курация больного);

б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

**II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА**

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 15-20 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 15-20 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1,2 часа в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3-4 часа.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может

быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие

вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором и подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение двух недель со дня пропуска (реферат должен быть авторским, и написан «от руки», объем реферата не менее 20 страниц).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства

обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3.Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде – от 6 до 11.

- Распространённая ошибка – читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения – один слайд за 1-2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему – столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами – время дорого.

- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку – пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека.

Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4.Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5.Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета.

Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы:

"Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных

данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

1. Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

2. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том \_\_. № \_\_. Страницы от \_\_ до \_\_.

3. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от \_\_ до \_\_.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА**

Задача 1.

Мальчик К, 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы.

Анамнез заболевания: болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами отмечался лающий кашель, осиплость голоса. Лечился амбулаторно по поводу обструктивного бронхита: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых срочных родов, беременность протекала с угрозой выкидыша в первом триместре. Роды путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюнктивитом.

Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника.

Дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на выдохе выслушиваются не многочисленные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?

3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.

4. План лечения.

5. Программа ведения ребенка

Эталон ответа к задаче 1:

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1. Аллергический ринит, персистирующий.

2. Спирограмма с сальбутамолом, пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки, гемограмма, общий и специфический Jg E

3. Отягощенный семейный и личный аллергоанамнез

4. Неотложная терапия: оксигенотерапия, СГКС, повторные ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия

5. Элиминация причинных аллергенов, подбор базисной терапии и коррекция ежеквартально

**КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО**

Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п.5.3.

1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.

2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.

3. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.)

4. Оценить данные клинических анализов:

- крови (общий анализ, время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов; на сахар); содержание в сыворотке крови

- билирубина, АЛТ, АСТ; концентрация электролитов и щелочной фосфатазы; содержание белка и белковых фракции; содержание мочевой кислоты и креатинина; анализ крови на АСЛ-О, серомукоид, СРБ);

- мочи (общий анализ, по Нечипоренко и Каковскому-Аддису, на степень - бактериурии, уролейкоцитогранию);

Оценить гликемический профиль;

Оценить глюкозурический профиль;

Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест;

Оценить анализ копрологического исследования;

Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием;

Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.

Оценить результаты фиброгастроскопии;

Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;

5. Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;

6. Оценить физическое развитие детей разного возраста;

7. Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;

8. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики:

- заболеваний периода новорожденности;

- заболеваний у детей раннего возраста;

- врожденных пороков развития;

- задержки физического и психомоторного развития детей;
- острых и хронических заболеваний органов дыхания у детей;
- острых и хронических заболеваний сердечнососудистой системы у детей;
- острых и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей;
- острых и хронических заболеваний билиарной системы у детей;
- острых и хронических заболеваний мочеполовой системы у детей;
- острых и хронических заболеваний эндокринной системы у детей;
- анемий и геморрагических диатезов у детей;
- фоновых заболеваний у детей.

9. Оформлять медицинскую документацию: история болезни ребенка

**Теоретическое задание к 9 семестру.  
(Промежуточный контроль)**

1. Педиатрия. Две основные задачи педиатрии. Экологические факторы риска (климатогеографические, медико-биологические, техногенные, социальные), влияющие на состояние здоровья, заболеваемость и смертность детей.
2. Периодизация детского возраста. Антенатальный период и антенатальная патология (эмбрио- и фетопатии). Понятие о перинатологии.
3. Особенности сбора анамнеза в детском возрасте (генеологического, семейного, акушерского, болезни и жизни). Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
4. Период новорожденности. Транзиторные состояния периода новорожденности (физиологические катар, желтуха, шелушение, убыль массы тела, лихорадка, мочекислый инфаркт, половой криз).
5. Доношенный и недоношенный ребенок. Основные показатели доношенности и недоношенности.
6. Гипербилирубинемии новорожденных. Классификация неонатальных желтух. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Принципы выхаживания и кормления недоношенных новорожденных. Особенности течения транзиторных и дефицитных состояний.
8. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиопатогенез, классификация, клиника, Современные методы консервативной терапии. Показания к заменному переливанию крови.
9. Угрожаемые состояния плода (гипоксия плода, угроза преждевременных родов).  
Асфиксия новорожденного ребёнка. Этиопатогенез. Клиника.
10. Первичная реанимация новорожденного (АВСД-реанимация).
11. Родовые травмы ЦНС. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
12. Внутриутробные инфекции. Источники, пути инфицирования. Основные критерии диагностики. Лечение и профилактики.
13. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Источники инфекции, пути передачи, восприимчивый коллектив.
14. Клиника локализованных гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Основные принципы лечения.
15. Сепсис новорожденных. Пути инфицирования. Этиопатогенез. Классификация и клиническая картина. Лечение.
16. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств ребенка раннего возраста. Врожденные безусловные рефлексы.
17. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Влияние среды, режима и воспитания на нервно-психическое развитие.
18. Преимущества естественного вскармливания и его значение для нормального развития ребенка.
19. Современная концепция рационального питания детей грудного возраста. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность.
20. Требования к «больнице доброжелательного отношения к ребёнку». Одиннадцать принципов успешного грудного вскармливания.

21. Техника прикладывания ребёнка к груди. Способы определения суточного количества молока, необходимого ребёнку. Суточная потребность в основных ингредиентах питания и калориях при естественном вскармливании.
22. Затруднения и противопоказания к прикладыванию и кормлению ребёнка грудью со стороны матери и ребёнка, меры их предупреждения и устранения.
23. Качественные и количественные отличия зрелого женского молока от коровьего. Соотношение основных ингредиентов в грудном и коровьем молоке.
24. Недостаточность лактации (гипогалактия). Причины развития гипогалактии у кормящих женщин. Её виды и степень, методы диагностики, профилактики и лечения. Значение сцеживания молока после кормления грудью.
25. Прикорм. Методика и сроки введения при различных видах вскармливания.
26. Искусственное вскармливание. Определение понятия. Показания к переводу на искусственное вскармливание. Основные правила искусственного вскармливания.
27. Смешанное вскармливание. Определение понятия, показания к переводу на смешанное вскармливание. Правила его проведения.
28. Классификация и характеристика смесей, используемых при смешанном и искусственном вскармливании.
29. Адаптированные молочные смеси: характеристика, классификация. Основные лечебные смеси. Молочно - кислые смеси, используемые при искусственном вскармливании, их достоинства и недостатки.
30. Физическое развитие ребёнка. Факторы, влияющие на физическое развитие. Законы нарастания массы и длины тела в различные возрастные периоды. Пропорции тела ребёнка. Понятие о биологическом возрасте.
31. Оценка физического развития ребёнка. Семиотика нарушений роста и развития. Проблемы акселерации и децелерации.
32. Анатомо - физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей.
33. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей. Семиотика основных проявлений.
34. Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Сроки закрытия родничков, появления ядер окостенения, сроки и порядок прорезывания зубов.
35. Методика исследования костной и мышечной систем. Семиотика основных проявлений.
36. Анатомо - физиологические особенности системы кровообращения у детей. Кровообращение плода. Переход к внеутробному кровообращению. Границы сердца у детей. Пульс и артериальное давление у детей в различные возрастные периоды.
37. Методика исследования и семиотика заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей.
38. Формула периферической крови у детей в различные возрастные периоды. Методика исследования системы кроветворения.
39. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у детей.
40. Методика исследования и семиотика заболеваний мочевой системы у детей. Сбор мочи у детей раннего возраста.
41. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Характеристика секреторной и моторной функций желудка. Состав кишечной флоры новорожденного и грудного ребёнка в зависимости от вида вскармливания.
42. Методика исследования органов пищеварения у детей. Семиотика основных проявлений. Диагностическое значение осмотра полости рта и зева ребёнка.

43. Особенности иммунологических реакций в детском возрасте. Активный и пассивный иммунитет. Врожденный и приобретенный иммунитет.
44. Прививочный календарь. Абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. Подготовка и вакцинация детей из «групп риска». Поствакцинальные реакции у детей и их предупреждение..
45. Организация работы детской поликлиники.
46. Функциональные обязанности участкового педиатра.
47. Основные разделы профилактической работы педиатра на участке.
48. Наблюдение за здоровыми новорожденными и детьми 1 года жизни на педиатрическом участке.
49. Диспансерное наблюдение здоровых детей старше года.
50. Подготовка документов к поступлению в дошкольное детское учреждение и школу.
51. Диспансеризация подростков.
52. Организация и проведение проф. прививок. Календарь прививок.
53. Противопоказания к проведению проф. прививок.
54. Нормальное течение вакцинальных процессов.
55. Осложнения, связанные с проф. прививками, их лечение и профилактика.
56. 109.Противоэпидемические мероприятия в условиях поликлиники и педиатрического участка.
57. АФО органов дыхания у детей.
58. Семиотика заболеваний органов дыхания у детей. Методика исследования.
59. АФО органов дыхания. Механизм первого вдоха.
60. Особенности периферической крови у детей в различные возрастные периоды.
61. Семиотика поражений системы крови в детском возрасте.
62. АФО и семиотика поражения костной системы.
63. Закономерности нарастания массы и роста у детей на первом году жизни.
64. АФО сердечно – сосудистой системы у детей. Внутриутробное кровообращение, переход к внеутробному кровообращению.
65. Нервно – психическое развитие детей грудного и старшего возраста.
66. Заболевания кожи и пупка инфекционно – воспалительного характера у новорожденных.
67. Оценка состояния новорожденного при рождении, шкала Апгар. Оценка степени тяжести.
68. Внутриутробные инфекции. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
69. Особенности ЭКГ у детей различного возраста. ЭКГ при гипертрофиях различных отделов сердца.
70. Периоды детского возраста, их характеристика. Схема сбора акушерского а                    намнеза матери, родословного, семейного анамнеза, анамнеза жизни и развития ребенка, анамнеза болезни.
71. Физическое развитие детей. Роль комплекса экологических факторов (медико-биологических, климато-географических, техногенных, социальных) на физическое развитие детей. Понятие об акселерации, деселерации, ретардации.
72. Методика антропометрических измерений и их оценка. Показатели длины и массы плода в зависимости от срока внутриутробного развития. Доношенные и недоношенные дети. Основные антропометрические показатели.
73. Анатомо-физиологические особенности и семиотика нервной системы у детей в различные возрастные периоды. Состав ликвора у здоровых детей.

74.Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышечной систем. Методы исследования. Семиотика.

75.Анатомо-физиологические особенности костно-суставной системы у детей. Методы исследования. Семиотика. Время появления основных ядер окостенения. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов, сроки закрытия родничков, черепных швов.

76.Лимфоидная система. Основные органы лимфоидной системы и их развитие после рождения. Семиотика. Неспецифические факторы защиты, система комплемента фагоцитов, клеточное и гуморальное звенья иммунитета.

77.Внутриутробное кровообращение плода. Переход к внеутробному кровообращению. Механизмы и сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения (аранциев проток, овальное окно, артериальный проток).

78. Анатомо-физиологические особенности и семиотика сердечно-сосудистой системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.

79.Анатомо-физиологические особенности и семиотика мочевыделительной системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.

80.Этапы эмбрионального кроветворения у плода (ангиобластический, печеночный, костномозговой). Особенности состава периферической крови у детей различных возрастных периодов. Семиотика, методы исследования.

### Теоретическое задание к 10 семестру.

1. Экссудативно – катаральный, атопический диатезы. Основные клинические проявления и особенности диспансерного наблюдения.
2. Лимфатико-гипопластический и нервно – артритический диатезы. Основные проявления и особенности диспансерного наблюдения.
3. Этиология и предрасполагающие факторы развития рахита. Патогенез рахита. Современные представления об обмене кальция и фосфора, метаболизме и значении витамина Д.
4. Классификация рахита. Клинические проявления рахита в различные периоды заболевания.
5. Лечение рахита. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита.
6. Витамин-Д-резистентный и Витамин-Д-зависимые рахиты. Этиопатогенез. Особенности клиники и лечения.
7. Гипервитаминоз Д: причины развития, клиника, методы профилактики и терапии.
8. Спазмофилия. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
9. Железодефицитные анемии у детей. Определение понятия, причины и механизмы развития у детей. Факторы риска развития ЖДА у детей различных возрастных периодов.
10. Классификация железодефицитных анемий. Ведущие клинические синдромы.
11. Методы лечения и профилактики железодефицитных состояний.
12. Пилоростеноз и пилороспазм у детей. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
13. Острое расстройство пищеварения у детей. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
14. Хроническое расстройство питания у детей. Этиопатогенез. Классификация.
15. Клиника различной степени тяжести хронических расстройств питания у детей. Этапы диетотерапии.
16. Клинические проявления хронического гастрита, гастродуоденита в детском возрасте.
17. Клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК у детей. Осложнения.
18. Гепатиты и цирроз печени у детей раннего возраста. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение.
19. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиопатогенез. Основные клинические проявления. Мелена. Профилактика заболевания.
20. Тромбоцитопеническая пурпура у детей. Этиология, патогенез синдрома кровоточивости. Клинические проявления.
21. Лечение тромбоцитопенической пурпуры. Диспансерное наблюдение. Профилактика рецидивов.
22. Гемофилия «А» у детей. Этиопатогенез. Клиническая картина, осложнения. Диагностика.
23. Дифференциальная диагностика гемофилии А и В.
24. Принципы лечения и диспансерного наблюдения детей с гемофилией. Неотложная терапия при носовых кровотечениях и травмах конечностей.
25. Особенности проведения профилактических прививок у больных гемофилией детей.

26. Дифференциальная диагностика (клиническая и лабораторная) между гемофилией и тромбоцитопенической пурпурой.
27. Геморрагический васкулит: этиопатогенез, классификация. Клинические проявления геморрагического васкулита у детей.
28. Принципы лечения и профилактики геморрагического васкулита.
29. Факторы риска, этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей.
30. Классификация и диагностические критерии ОРЛ у детей.
31. Клинические особенности течения ОРЛ у детей.
32. Клиника и диагностика ревматической хореи.
33. Лечебные мероприятия (режим, диета, медикаментозная терапия) ОРЛ у детей. Виды профилактики. Профилактика рецидивов.
34. Этиопатогенез и особенности клинического течения ювенильного ревматоидного артрита.
35. Дифференциальная диагностика ревматического и ревматоидного артрита.
36. Пневмонии у детей. Определение понятия. Этиология пневмоний в различных возрастных периодах детей (неонатальном, в младшем и старшем возрасте).. Понятие о вне- и внутрибольничных пневмониях. Патогенез.
37. Неонатальные пневмонии. Пути инфицирования. Клиника. Лечение.
38. Этиология домашних и госпитальных пневмоний. Классификация.
39. Клиника неосложнённых пневмоний у детей раннего возраста.
40. Клиника осложнённых пневмоний у детей раннего возраста.
41. Этиотропная и синдромальная терапия пневмоний у детей.

Бронхиальная астма у детей. Морфологические изменения бронхиальной стенки. Современное представление об этиологии и патогенезе заболевания.

Классификация бронхиальной астмы в детском возрасте. Клиника приступного периода у детей раннего и старшего возраста.

Принципы лечения бронхиальной астмы у детей. Неотложная терапия в приступный период. Понятие о базисной терапии, основные лекарственные препараты.

Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы с другими заболеваниями органов дыхания (пневмонии, инородные тела трахеи и бронхов, обструктивный бронхит вирусной этиологии).

Пиелонефриты у детей. Определение понятия, основные предрасполагающие факторы к развитию пиелонефрита. Этиология, патогенез.

42. Пиелонефриты у детей. Классификация, клиническая картина. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
43. Пиелонефриты у детей. Лечение в острый период, профилактика рецидивов.
44. Дифференциальный диагноз пиелонефрита и гломерулонефрита в детском возрасте
45. Диспансерное наблюдение детей с пиелонефритами.
46. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология, патогенез.
47. Клинико-лабораторные признаки (экстраренальные, ренальные) гломерулонефрита у детей
48. Лечение детей с острым постстрептококковым гломерулонефритом. Прогноз. Меры профилактики.
49. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими нарушениями питания и рахитом на участке.
50. Диспансерное наблюдение детей с дефицитными анемиями и эссудативным диатезом. 51. Основная медицинская документация педиатрического отделения поликлиник

52. Организация лечебной работы на участке. Патронаж больных на дому.
53. Диспансеризация детей с хронической пневмонией и бронхиальной астмой.
54. Диспансерное наблюдение детей с хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ЮРА,
55. Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритами и пиелонефритами.
56. Выделение детей в группы риска. Наблюдение за часто болеющими детьми и детьми, перенесшими острую пневмонию, ангину, ОРВИ.
57. Лечение и наблюдение детей с гельминтозами (энтеробиоз, аскаридоз, геминолепидоз).
58. Неотложная терапия приступа бронхиальной астмы и анафилактического шока в условиях педиатрического участка.
59. Неотложная терапия гипертермического и судорожного синдрома на участке.
60. Неотложная терапия при острой надпочечниковой недостаточности и нейротоксикоза у детей в условиях педиатрического участка.
61. Принципы наблюдения и терапии ОРВИ и острых бронхолегочных заболеваний у детей на участке (рекомендации ВОЗ).
62. Современные данные об этиопатогенезе острых пневмоний у детей их классификация. 63. Клиника и лечение неосложненной пневмонии у детей. Диф. Диагноз с острым бронхитом.
64. Клинические особенности стафилококковых, интерстициальных, пневмоцистных и других атипичных пневмоний.
65. Острые пневмоний у детей. Этиология, патогенез, предрасполагающие факторы. Классификация, клиника неосложненной пневмонии.
66. Рахит зависимый, рахит резистентный почечно – канальцевый ацидоз у детей. Этиопатогенез, клиника.
67. Спазмофилия. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, лечение.
68. Клинические проявления рахита в начальном периоде, в периоде разгара заболевания. Диагностика, лечение.
69. Врожденные пороки сердца у детей. Этиология. Классификация. Отличие от приобретенных пороков.
70. Открытый артериальный проток (ОАП) гемодинамика. Клиника.
71. Дефект межжелудочковой перегородки. Патогенез, клиника, лечение.
72. Тетрада Фалло. Патогенез, клиника, лечение.
73. Коарктация аорты. Патогенез, клиника, лечение.
74. Классификация хронических расстройств питания у детей. Клиника.
75. Хронические расстройства питания. Этиопатогенез, классификация, клиника.
76. Синдром Дауна, наследование, фенотипические проявления, диагноз, прогноз.
77. Витамин Д зависимый рахит, фосфат диабет, синдром Тони – Дебре – Фанкони.
78. АФО надпочечников. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.
79. Гипотериоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Болезни роста: гипофизарный нанизм, гигантизм, акромегалия. Этиопатогенез, клиника, лечение.
81. Аденогенитальный синдром. Этиопатогенез. Клиника, диагностика.
82. Ревматические поражения нервной системы. Клиника, лечение малой хореи.
83. Схема гемостаза. Классификация геморрагических диатезов.

84. Клиника и лечение осложнений при острых пневмониях у детей (нейротоксикоз, кардиореспираторный синдром, гипертермический).
85. Острые пневмонии у детей. Классификация острых пневмоний. Этиопатогенез. Клиника неосложненных внебольничных пневмоний.
86. Острые осложненные пневмонии. Госпитальные пневмонии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Аллергические заболевания у детей. Атопический дерматит. Аллергия медикаментозная, вакцинальная, пищевая.
88. Хроническая патология бронхолегочной системы. Факторы, предрасполагающие к хронизации воспалительного процесса. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Лечение.
89. Дифференциальная диагностика различных видов рахита (витамин –Д- дефицитного, витамин Д – зависимого и витамин Д- резистентный рахит, болезнь Тони – Дебре – Фанкони). Основные критерии диагностики. Лечение. Профилактика.
90. Дифференциальная диагностика хронических нарушений питания у детей раннего возраста. Классификация. Причины. Клиника.
91. Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания, протекающих с бронхообструктивным синдромом у детей.
92. Дифференциальная диагностика бронхолегочных заболеваний, обусловленных врожденной ферментативной недостаточностью (муковисцидоз, целиакия, дисахаридазная недостаточность).
93. Понятие о преморбидных состояниях. Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (на фоне ЖДА, рахита, аномалий конституции).
94. Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. Основные этапы билирубинового обмена. Классификация. Клинико – лабораторные проявления. Лечение.
95. Дифференциальная диагностика эндокринопатий новорожденных. Заболевания щитовидной железы (врожденный гипотиреоз, транзиторные нарушения функции щитовидной железы).
96. Заболевания надпочечников (ОНН, врожденная гипоплазия коры надпочечников). Неотложная терапия ОНН. Нарушение половой дифференцировки (интерсексуализм).
97. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с геморрагическим синдромом (вазопатии, тромбоцитопатии и тромбоцитопении, коагулопатии, ДВС – синдром).
98. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических поражений сердца у детей: заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии), миокардиодистрофий. 99. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) у детей. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.
100. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники. Диагностика. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии.
101. Рахит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Виды и методы профилактики.
102. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Лечение. Исходы. Профилактика.
103. Спазмофилия явная скрытая. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Виды и методы профилактики.

104. Эксудативно – катаральный лимфатико – гипопластический диатезы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
105. Нервно – артритический диатезы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
106. Лимфатико – гипопластический диатезы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
107. Синдром мальабсорбции. Кишечный муковисцидоз. Этиопатогенез, основные клинические проявления, профилактика, лечение. Прогноз.
108. Острые и хронические расстройства питания и пищеварения. Классификация по ВОЗ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
109. Железодефицитная анемия (ЖДА). Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы ЖДА. Диагностика. Лечение.
110. Острые бронхиты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника острых бронхитов. Дифференциальная диагностика простого, обструктивного бронхита, бронхиолита. Лечение.
  
111. Инфекционно – токсический шок при пневмониях основные стадии.
112. Лимфатико – гипопластический диатез. Этиопатогенез, клиника, лечение.
113. Эксудативно – катаральный диатез. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
114. Муковисцидоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
115. Нервно – артритический диатез. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

**Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности  
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ**

**9 семестр**

**Задача 1**

Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и

угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста — диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

#### **Дополнительные исследования:**

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр —  $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,58, Ретик. — 12%, Лейк —  $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 250 ед/л (норма — до 600), АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

#### **Задание**

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
6. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
7. Назначьте питание.
8. Прогноз заболевания?

#### **Задача 2**

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес — грудное, далее смесью «Туттели». Аппетит был всегда снижен. Объективно: масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки бледные. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с

коробочным оттенком. Аускультативно — дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС — 124 ударов в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

### Дополнительные исследования

*Общий анализ крови:* Но — 72 г/л, Эр —  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 31%, э — 3%, л — 55%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

*Общий анализ мочи:* количество — 10,0 мл, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин — 3,2 ммоль/л, глюкоза — 3,4 ммоль/л, мочевины — 3,4 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л.

### Задание

1. Поставьте диагноз. Какая причина этого заболевания?
2. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
3. Какие патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
4. Патогенез задержки физического развития ребенка.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания? Консультация какого специалиста потребуется? **Задача 3**

Девочка Ю., 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев — 9,8 кг.

Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психо-физическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температура тела, до  $39,2^{\circ}\text{C}$ , появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

## Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр —  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, Лейк —  $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 41%, э — 1%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1028, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, калий — 3,2 ммоль/л, натрий — 152 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,480 (норма — до 0,200).

## Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.
5. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
6. Назначьте лечение.

## **Задача 4**

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пузрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 99 г/л, Эр —  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $8,1 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность — 1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены. **Задание к задаче**

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

### **Задача 5**

Ребенок 3 месяцев. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. Ребенок начал терять в массе. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 4200 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Затылок уплощен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 85 г/л, Эр —  $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,78, Ретик. — 0,2%, Лейк —  $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 550 ед/л. АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л. **Задание**

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение.
5. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка? 7. Прогноз заболевания?

### **Задача 6**

Мальчик, 1 год, поступил в больницу с жалобами со слов мамы на: плохой аппетит, ребенок плохо прибавляет в массе тела, отстает в физическом развитии.

Анамнез жизни: Ребенок от IV беременности, III родов. I, II беременности - нормальные роды, здоровые дети. III беременность - выкидыш на 12 неделе. Данная беременность протекала на фоне токсикоза в I триместре. Анемия на протяжении всей беременности, лекарства не получала, на 8 мес переболела ОРВИ без повышения температуры тела, Роды в сроке на 38 недель, самостоятельные, МПР - 3500, закричал сразу. Выписаны на 3 сутки. Объективно: При поступлении состояние ребенка средней тяжести, ребенок вялый. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Мышечный тонус снижен, отмечается снижение эластичности и тургора тканей. Кожа легко собирается в складки, но плохо расправляется. Подкожно-жировой слой развит не равномерно, отсутствует на животе, туловище и конечностях; на лице - сохранен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки».

Отмечается одышка, дыхание в лёгких пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Стул со слов мамы редкий 1 раз в 3 дня. Вес 7800 г., рост 67 см.

### **Дополнительные исследования**

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр —  $2,9 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,7, Лейк —  $16,3 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

### **Задание к задаче**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
  3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Прогноз.

### **Задача 7**

Девочка 7 месяцев, поступила в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с сильным токсикозом во время беременности. Во время беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 4 мес — кашами.

Ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 62 см. Ребенок вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Кожа с пониженной эластичностью. Большой родничок 2×1,5см со слегка податливыми краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — не увеличена. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый. Мочеиспускание редкое. **Дополнительные исследования**

**Общий анализ крови:** *НЬ — 69 г/л, Эр —  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк —  $8,1 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.*

**Общий анализ мочи:** *реакция — кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.*

**Бактериологическое исследование кала:** *дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.*

### **Задание к задаче**

- 1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
- 2.Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
- 3.Что является причиной данного заболевания?
- 4.Какова продолжительность терапии у этого ребенка? 5.

Предложите дифференциально-диагностический ряд.

6. Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

### **Задача 8**

Девочка В., 10 месяцев, доставлена в детскую больницу в тяжелом состоянии, обусловленное сильным истощением.

**Из анамнеза известно,** Ребенок от первой беременности, первых родов, беременность протекала на фоне: тяжелой анемии, лечение не получала, угроза выкидыша на 12, 26, 30 неделях беременности. В 7мес переболела ОРВИ. Роды в срок 39 недель, путем кесарева сечения, из-за слабой родовой деятельности. Малыш закричал сразу. Выписаны на 6 сутки.

Ребенок находился на искусственном вскармливании, прикорм со слов мамы был введен поздно на 8 месяце. В массе прибавляла плохо. Отставала в психо-моторном и физическом развитии.

**Объективно:** При осмотре в клинике ребенок вялый, глазки открывает не охотно, температура тела 35,6°C, Аппетит снижен, со слов мамы малыш часто срыгивает. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, конъюнктивы и роговица глаз сухие; Подкожно-жировой слой отсутствует везде, даже на лице и щеках; Конечности холодные, при пальпации отмечается западание большого родничка и глазных яблок. Дыхание поверхностное. Живот втянут, мягкий, безболезненный. Стул частый 3-4раза в день, неоформленный, разжиженный. Вес 5100г., рост 62 см.

### **Дополнительные исследования:**

Общий анализ крови: НЬ — 60 г/л, Эр —  $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,73, Лейк —  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л.

### Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
3. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
4. Необходимая терапия?
6. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
7. Каков прогноз для данного ребенка?

### Задача 9

Мальчик 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула. Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес — пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем — искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены.

ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: Нб — 68 г/л, Эр —  $2,9 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,7, Лейк —  $16,3 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

### **Задание:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните патогенез развития заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие изменения в копрограмме характерны для данной патологии?
6. Тактика ведения: методы терапии, основные группы лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.

### **Задача 9**

Девочка М., переведена в детскую больницу в возрасте 9 дней из роддома. Анамнез: матери 28 лет, 1-я беременность 7 лет назад закончилась мед. аборт, 2-я беременность – настоящая. Роды 1, на 39-й неделе, многоводие, воды светлые. Девочка родилась в тяжелом состоянии, крик очень слабый, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела 3150, длина 50 см, Кожа бледно-желтая, отечность конечностей, туловища. Известно, что мать имеет В(III) Rh(-) группу крови, отец - А(II) Rh(+). Во время беременности у матери за месяц до родов определен высокий титр антирезусных антител.

При рождении общий билирубин у ребенка 185 мкмоль/л, гемоглобин 40 г/л. На 20 минуте жизни проведено лечебное мероприятие. За первые четверо суток жизни было в общей сложности проведено 2 таких лечебных мероприятия. С 5 дня жизни желтуха начала уменьшаться, отеки уменьшились к пятому дню жизни.

Данные объективного осмотра при поступлении: температура тела 36.5-36.8 градусов, ЧД 32 в мин, ЧСС 124 в мин, масса 2800, окружность головы 33см, груди 31 см. Состояние тяжелое, крик тихий, имеется лануго на плечах и ушных раковинах, пупочное кольцо расположено низко. Кожа иктеричная, сухая, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз стоп, ладоней, пупочная ранка с серозным отделяемым, имеется отечность нижней части туловища и конечностей. БР 1x1 см, в легких хрипов нет, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, систолический шум во 2-м межреберье. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1,5 см.

Стул желтый, моча светлая. Снижена двигательная активность, рефлексы новорожденных снижены, непостоянный симптом Грефе, слева опущение угла рта и сглаженность носогубной складки.

Данные обследования: общий анализ крови: Нб 116 г/л, эр.  $4,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,85, тромб.- 143,5 тыс., лейкоц.-  $8,3 \times 10^9/л$ , миел.-2, метамиел.-1, п.я.-2, с.я. - 40, э.-1, л.-46, м.- 8, СОЭ-4 мм/час.

Биохимия крови: белок 60 г/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, билирубин прямой- нет, непрямо́й - 250 ммоль/л.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа крови и Rh фактор вероятнее всего у данного ребенка?
3. Какое лечебное мероприятие было проведено в роддоме 2 раза?
4. Другие методы лечения данного заболевания, принципы реабилитации?
5. Прогноз

### **Задача 10**

Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh-отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1:16. Ребенок родился в срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в отделение совместного пребывания через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное дыхание, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 3 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки 2 см ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери II(A), ребенка I (0). Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось: стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 302 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимы
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Рассчитайте почасовой прирост билирубина.
7. Назначьте лечение, рассчитайте количество эритроцитарной массы и плазмы для операции заменного переливания компонентов крови.
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? 9. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача 11**

Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком.

Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Пенный тест Клементса слабоположительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , ЦП -0,97, лейкоциты -  $16 \times 10^9/л$ , п -6%, с -63%, э - 1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
5. Опишите принципы терапии в родильном доме.
6. Какие возможны осложнения?
7. Можно ли делать профилактические прививки?
8. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

### **Задача 12**

Ребенок Т., мальчик, от первой беременности, извлечен путем кесарева сечения.

Женщина первородящая 34 года, имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу пиелонефрита. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией. Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо.

Перенес ОРЗ в возрасте 8 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5 С. Отказывается от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в минуту, ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

При обследовании в стационаре: на R-грамме легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон. В анализе крови: НБ - 130 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,97, лейкоциты -  $16 \times 10^9/л$ , п - 12%, с - 64%, э - 2%, л - 22%, м - 10%, СОЭ-7 мм/час.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна тактика врача-педиатра на участке?

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения. 8. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.

### **Задача 13**

Девочка поступила с педиатрического участка в возрасте 1 мес. с направительным диагнозом затянувшаяся конъюгационная желтуха. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1-ой нормально протекавшей беременности и родов, весом 4100 г., длиной 52 см. Закричала сразу, приложена к груди в родильном зале, желтуха появилась на 3-е сутки (максимальный уровень непрямого билирубина составлял 210 мкмоль/л). Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки жизни. На первом месяце жизни интенсивность желтухи то снижалась, то нарастала. Стул стал редким, со склонностью к запорам.

При осмотре общее состояние средней тяжести. На грудном вскармливании, дефицита веса нет. На осмотр реагирует вяло, ребенок очень спокойный, временами безучастный. Крик малоэмоциональный, нет четкого зрительного сосредоточения. Мышечная гипотония. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, истеричность кожных покровов. При пальпации кожа грубовата, сухая, холодная. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадикардии до 112 ударов в минуту. Живот увеличен в боковых размерах, несколько

вздут, при пальпации мягкий во всех отделах. Печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови - Эр.-  $4,09 \times 10^{12}/л$ , Нб- 129 г/л, Лейкоциты-  $6,5 \times 10^9/л$ . В биохимическом анализе уровень непрямого билирубина 158 мкмоль/л, прямого - 12,6 мкмоль/л. НСГ: без патологии. ЭЭГ: данные биоэлектрической активности не соответствуют возрасту ребенка, нарушены процессы миелинизации.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для его уточнения?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
4. Назначить лечение.

### **Задача 14**

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом.

Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период 2 часа. При рождении ребенок кричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар.

При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38<sup>0</sup>С.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты -  $4,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП -0,97, лейкоциты -  $26 \times 10^9$ /л, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины заболевания ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

4. Нужны ли консультации специалистов?
5. Изложите принципы ухода за ребенком.
6. Назначьте местное лечение.
7. Обоснуйте принципы терапии.
8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

### **Задача 15**

Ребенок родился массой 3700 г, длиной 53 см. С 2-х мес. находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 6,5 мес.

#### **Вопросы:**

1. Рассчитать должную массу тела ребенка.
2. Его потребность в Б, Ж, У и калориях.
3. Составить диету на 1 день. Какую молочную смесь лучше использовать и почему?
4. Вычислите рост, вес у ребенка в 7 лет.
5. Какова ежегодная прибавка в росте и весе у детей после 5 лет?

### **Задача 16**

Ребенку 10 мес. Родился доношенным с массой 3500 г, длиной тела-51 см. Окружность головы-35 см, окружность груди-34 см. В настоящее время масса-9800 г, длина-74 см, окружность головы-45 см, окружность груди-47 см. Находится на грудном вскармливании, с 6 мес. получает прикорм (в настоящее время – 3 прикорма). При осмотре: со стороны внутренних органов без патологии. Печень +1,5 см. Общий анализ крови: эр -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 125 г/л, ЦП - 0,8, Л -  $10 \times 10^9/л$ , Эоз - 4, П - 2, С - 28, Лимф - 60%, Мон - 4, СОЭ - 5 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Какие особенности печени при пальпации у ребенка в 10 мес?
3. Какие особенности гемограммы у ребенка в 10 мес? 4. Мама просит совета, отнимать ли ребенка от груди?

### **Задача 17**

Ребенок родился с массой 3600 г, длина тела – 52 см, находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 3 мес.

#### **Вопросы:**

Рассчитать:

1. Какую массу и длину тела должен иметь ребенок в 3 мес?
2. Какой объем пищи он должен получить на одно кормление (объемным способом)?
3. Его потребность в Б, Ж, У, и калориях?
4. Составить диету на 1 день.

### **Задача 18**

Ребенок родился массой 3600 г, длиной 53 см. Сейчас ему 2 мес. Ребенок переведен на смешанное вскармливание (у матери- гипогалактия, половина необходимого в сутки молока).

#### **Вопросы:**

1. Рассчитать: массу тела ребенка, суточный объем пищи и потребность в Б, Ж, У и калориях.

2. Составить диету на 1 день.

### Задача 19

Ребенок родился массой 3100г, длиной 50 см. В настоящее время ребенку 5 недель, вес 3600г. Мать обратилась к врачу т.к. ребенок стал беспокойным, редко мочится. Находится на естественном вскармливании, грудь дается 6 раз в сутки. Мать обеспокоена, что у нее недостаточно молока. При контрольном взвешивании до и после кормления (3 раза в разные часы) ребенок высасывает по 60-70 мл. молока. После кормления, при сцеживании груди – молока нет. **Вопросы:**

1. Достаточно ли ребенок прибавляет в массе ?
2. Достаточно ли молока у матери?
3. Есть ли необходимость докорма?
4. Составить диету ребенку на I день.

### Задача 20

Ребенку 12 мес. В амбулаторной карте сделана запись:

- а) рост 77 см, вес 11 кг, окружность головы- 46 см, окружность груди- 48 см;
- б) большой родничок закрыт;
- в) говорит 8 слов;
- г) ходит, ест сам, активен. **Вопросы:**

1. Оцените физическое развитие.
2. Оцените нервно-психическое развитие.

### Задача 21

Ребенок 3 мес., приглашен на профилактический осмотр к узким специалистам и для взятия общего анализа крови. Родился доношенным в срок, массой 3600г, длиной 52 см. Находится на грудном вскармливании.

При обследовании: рост 61 см, вес 6000г. Общий анализ крови: Эр- $3,9 \times 10^9 / \text{л}$ , Нв - 120 г/л, Ц. П - 0,85, Тр -  $245 \times 10^9 / \text{л}$ , лейкоц -  $12 \times 10^9 / \text{л}$ , Б - 0, Эоз - 2, нейтр. - 35, п/я-3, Л - 54, М - 6, СОЭ - 2 мм/ч.

### Вопросы:

1. Опишите физическое развитие ребенка.
2. Оцените общий анализ крови.

### Задача 22

Грудной ребенок. При осмотре: имеет 6 зубов: 2 нижних и 4 верхних резца. Ребенок хорошо сидит, встает без поддержки, ходит по манежу, держась за стенку, делает первые шаги.

### Вопросы:

1. Укажите возраст ребенка, используя данные «зубного» возраста и психомоторного развития.
2. Какова формула подсчета количества молочных зубов?

### Задача 23

Вы присутствуете в род.зале во время родов. Роды I, ребенок родился с массой 3600г, длиной 52 см, окружность головы-35 см, окружность груди-34 см. Закричал сразу.

### Вопросы:

1. Доношен ли ребенок?
2. Когда необходимо приложить ребенка к груди?
3. Какой совет вы дадите маме по вскармливанию?
4. Какие рефлексы новорожденного должны вызываться у ребенка?
5. Какое количество грудного молока должен получать ребенок на 5-й день жизни?

Воспользуйтесь при расчете формулой Зайцевой, Финкельштейна, простым способом.

### Задача 24

Девочке 3,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит + вирусный гепатит В (в 2 месяца) перенесла хорошо.

На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины - инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Каковы могли быть противопоказания для дальнейшей вакцинации АКДС?

### Задача 25

Девочка 6 лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа.

В детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. На следующий день у девочки поднялась температура тела до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Состояние было расценено как ОРВИ, проводилась симптоматическая терапия. На 4-й день девочка пошла детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей - несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов.

Над легкими легочной звук,

аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. Стул и диурез не нарушены.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Перечислите возможные осложнения, возникающие после введения коревой вакцины.
4. Какие другие виды вакцин можно вводить ребенку одновременно с коревой?

### Задача 26

Профилактический прием педиатра в ЦСМ.

Девочке 2 месяца. Ребенок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Ребенок от 1-й беременности. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 51 см. Из роддома выписана в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела - 4000 г, длина - 57 см. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание - пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Хорошо следит за яркими предметами. Отвечает улыбкой на разговор, «агукает». Контрольное взвешивание – 70 мл.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз. Определите группу здоровья.
2. Причины возникновения данного состояния.
3. Вычислите должную массу тела, рассчитайте индекс Эрисмана.
4. Назначьте лечение.

### Задача 27

Вызов участкового врача на дом. Мальчику 1 год 8 месяцев. Со вчерашнего дня отмечается повышение температуры тела до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против кори, краснухи и паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и вирусного гепатита В перенес нормально.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии.

Менингеальные знаки не выявляются. **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка?

3. Назначьте лечение.

4. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.

### 10 семестр Задача-1

Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста — диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Appetit отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

#### Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр —  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,58, Ретик. — 12%, Лейк —  $8,8 \times 10^9/л$ , п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 250 ед/л (норма — до 600), АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

### Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
6. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
7. Назначьте питание.
8. Прогноз заболевания?

#### Задача -2

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес — грудное, далее смесью «Туттели». Appetit был всегда снижен. Объективно:

масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки бледные. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно — дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС — 124 ударов в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

### **Дополнительные исследования**

*Общий анализ крови:* Но — 72 г/л, Эр —  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 31%, э — 3%, л — 55%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

*Общий анализ мочи:* количество — 10,0 мл, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин — 3,2 ммоль/л, глюкоза — 3,4 ммоль/л, мочевины — 3,4 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л.

### **Задание**

1. Поставьте диагноз. Какая причина этого заболевания?
2. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
3. Какие патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
4. Патогенез задержки физического развития ребенка.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания? Консультация какого специалиста потребуется? **Задача 3**

Девочка Ю., 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до 39,0°C, повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев — 9,8 кг.

Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психо-физическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температуры тела, до 39,2°C, появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр —  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,9, Лейк —  $16,3 \times 10^9/л$ , п/я — 6%, с — 41%, э — 1%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1028, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, калий — 3,2 ммоль/л, натрий — 152 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,480 (норма — до 0,200).

### Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.
5. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
6. Назначьте лечение.

### Задача 4

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара.

После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 99 г/л, Эр —  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $8,1 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

### **Задание к задаче**

6. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
7. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
8. Что является причиной данного заболевания?
9. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
10. Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

### **Задача 5**

Ребенок 3 месяцев. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. Ребенок начал терять в массе. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 4200 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Затылок уплощен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

### **Дополнительные исследования**

Общий анализ крови: НЬ — 85 г/л, Эр —  $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,78, Ретик. — 0,2%, Лейк —  $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 550 ед/л. АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

### **Задание**

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания?

### **Задача 6**

Мальчик, 1 год, поступил в больницу с жалобами со слов мамы на: плохой аппетит, ребенок плохо прибавляет в массе тела, отстает в физическом развитии.

Анамнез жизни: Ребенок от IV беременности, III родов. I, II беременности - нормальные роды, здоровые дети. III беременность - выкидыш на 12 неделе. Данная беременность протекала на фоне токсикоза в I триместре. Анемия на протяжении всей беременности, лекарства не получала, на 8 мес переболела ОРВИ без повышения температуры тела, Роды в сроке на 38 недель, самостоятельные, МПР - 3500, закричал сразу. Выписаны на 3 сутки.

Объективно: При поступлении состояние ребенка средней тяжести, ребенок вялый. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Мышечный тонус снижен, отмечается снижение эластичности и тургора тканей. Кожа легко собирается в складки, но плохо расправляется. Подкожно-жировой слой развит не равномерно, отсутствует на животе, туловище и конечностях; на лице - сохранен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки».

Отмечается одышка, дыхание в лёгких пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Стул со слов мамы редкий 1 раз в 3 дня. Вес 7800г., рост 67см.

### **Дополнительные исследования**

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр —  $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк —  
9 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.  
16,3×10<sup>9</sup>/л, п/я —

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

### **Задание к задаче**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назначьте лечение.

5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.

6. Прогноз.

### **Задача 7**

Девочка 7 месяцев, поступила в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с сильным токсикозом во время беременности. Во время беременности мать перенесла

ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 4мес — кашами. Ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 62 см. Ребенок вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Кожа с пониженной эластичностью. Большой родничок 2×1,5см со слегка податливыми краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — не увеличена. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый. Мочеиспускание редкое.

### **Дополнительные исследования**

Общий анализ крови: *НЬ — 69 г/л, Эр —  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк —  $8,1 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.*

Общий анализ мочи: *реакция — кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.*

Бактериологическое исследование кала: *дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.*

### **Задание к задаче**

1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

2.Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.

3.Что является причиной данного заболевания?

4.Какова продолжительность терапии у этого ребенка?

5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.

6. Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

### **Задача 8**

Девочка В., 10 месяцев, доставлена в детскую больницу в тяжелом состоянии, обусловленное сильным истощением.

Из анамнеза известно, Ребенок от первой беременности, первых родов, беременность протекала на фоне: тяжелой анемии, лечение не получала, угроза выкидыша на 12, 26, 30 неделях беременности. В 7мес переболела ОРВИ. Роды в срок 39 недель, путем кесарева сечения, из-за слабой родовой деятельности.

Малыш закричал сразу. Выписаны на 6 сутки. Ребенок находился на искусственном вскармливании, прикорм со слов мамы был введен поздно на 8 месяце. В массе прибавляла плохо. Отставала в психомоторном и физическом развитии.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок вялый, глазки открывает не охотно, температура тела 35,6°С, Аппетит снижен, со слов мамы малыш часто срыгивает. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, конъюнктивы и роговица глаз сухие; Подкожно-жировой слой отсутствует везде, даже на лице и

щеках; Конечности холодные, при пальпации отмечается западание большого родничка и глазных яблок. Дыхание поверхностное. Живот втянут, мягкий, безболезненный. Стул частый 3-4 раза в день, неоформленный, разжиженный. Вес 5100г., рост 62 см.

#### **Дополнительные исследования:**

Общий анализ крови: НЬ — 60 г/л, Эр —  $2,8 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,73, Лейк —  $7,2 \times 10^9/л$ , п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л.

#### **Задание к задаче**

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
3. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
4. Необходимая терапия?
6. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
7. Каков прогноз для данного ребенка?

#### **Задача9**

Мальчик 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула. Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес — пневмонию. После

перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем – искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

### Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр —  $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк —  $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

### **Задание:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните патогенез развития заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие изменения в копрограмме характерны для данной патологии?
6. Тактика ведения: методы терапии, основные группы лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.

### **Задача10**

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа тонических судорог в конечностях, с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты, остановилось дыхание, девочка посинела.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ , кожа бледная, чистая.

Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок  $2,0 \times 2,0$  см, не выбухает, края податливые.

Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена «гаррисонова борозда». Мышечный тонус понижен. Симптомы

Хвостека, Труссо — положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон.

Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая -по левой средне-ключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже

реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Дополнительные данные исследования:**

**Общий анализ крови:** НЬ — 110 г/л, Эр —  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,83, Лейк —  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л. ЭЭГ — без регистрации эпилептиформной активности.

### Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
4. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
6. Чем опасен судорожный синдром?
7. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
8. Назначьте лечение.

### Задача 11

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной смесью «Малютка». С 4 мес получает манную кашу. С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.



**Объективно:** масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок  $3 \times 3$  см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «четки». Границы сердца: правая - по правой парастеральной линии, левая — на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС — 130 ударов в мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

### Дополнительные данные исследования

**Общий анализ крови:** НЬ — 90 г/л, Эр —  $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $6,4 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 23%, э — 4%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия — нет, слизи — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

### Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз. В чем причина развития заболевания?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого?
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
8. Назначьте терапию.
10. Какие костные изменения изображены на фото?

### Задача 12

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью.

Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем — искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.



— нет.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует.

Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пузрильное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 ударов в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

### Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр —  $3,6 \times 10^{12}$ /л; Лейк —  $5,6 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 31%, э — 2%, л — 56%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40 мл, лейкоциты — 2—3 в п/з, эритроциты

### Задание к задаче

1. Ваш клинический диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие причины способствовали заболеванию?

4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Опишите патогенез остеомалиции.
6. Почему остеомалиция указывает на острое течение заболевания?
7. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?
8. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
9. Тактика лечебных мероприятий?
10. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве контроля за эффективностью лечения?
11. Какой симптом изображен на фото?

### **Задача 13**

Ребенку 5 мес. До 2-х мес. был на естественном вскармливании, затем переведен на искусственное. Получает цельное коровье молоко и смеси. В 5 мес. масса - 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает поллинозом. С месячного возраста у ребенка отмечаются гнейс, упорные опрелости. В настоящее время на щеках ребенка кожа гиперемирована, местами – мокнутие с образованием корочек; на коже туловища необильные зудящиеся эритематозные высыпания с элементами шелушения. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пальпируются периферические лимфоузлы

II-порядка. Со стороны других органов без особенностей. В общем анализе крови: Эр -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв - 118 г/л, Лейк. -  $10,6 \times 10^9/л$ , П - 2%, с - 28%, Э - 8%, Л - 56%, М - 6%, СОЭ – 10мм/час.

### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.

### **Задача 14**

Ребенок 1,5 мес., родился недоношенным с массой 2000г, поздно приложен к груди, в I мес переведен на искусственное вскармливание. Аппетит снижен, отстает в физическом развитии. При осмотре выявлена выраженная бледность и сухость кожных покровов, вес 2200г. Язык розового цвета, атрофированы сосочки. В области верхушки сердца выслушивается непостоянный короткий систолический шум. Печень и селезенка увеличены до +4,0см. В бщнм анализе крови: Нв-78г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}$  /л, Цв.п.-0,72, ретикулоцитов-18 %<sub>0</sub> СОЭ-2 мм/час. Выражена гипохромия эритроцитов.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание следует заподозрить у ребенка?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Назовите основные этиологические факторы заболевания?
4. Тактика врача в составлении режима кормления. 5. Медикаментозная терапия.

**Задача 15**

Ребенку 5 мес., от I беременности, находился на естественном вскармливании до 2-х мес., затем переведен на смешанное вскармливание, а с 3-х мес. – на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. - манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800г. и к 5 мес. масса тела составляла 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В I мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой части головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилось покраснение щек, которое вскоре перешло в мокнущую разлитую красноту с образованием корочка, на туловище кожные высыпания. В 4 мес., все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон - поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно, дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях, прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горох». Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см., край закругленный, плотноватый, стул нормальный.

В общем анализе крови: Нв - 118 г/л, эрит -  $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л -  $10,6 \times 10^9$ /л, п - 2%, с - 28%, л - 56, э - 8%, м-б, СОЭ - 10 мм/час.

Анализ мочи: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток. Реакция Манту отрицательная. На R-графии органов грудной клетки изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Оцените поражение других органов и систем?
4. Назначьте лечение данного заболевания.

**Задача 16**

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500гр., рост 52 см. В массе прибавлял хорошо, но прибавка массы была не устойчивой при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях - отмечалось быстрое ее снижение. Ребенок часто и тяжело болел простудными заболеваниями, бронхитами.

Объективные данные: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы I - II размера

плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке - систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки на 1,5 - 2,0 см.

Общий анализ крови: Эр.  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нв- 128 г/л, Л. $10,0 \times 10^9/л$ , Эоз-3, П-1, С-34, Лимф-48, М-14, СОЭ-12мм/час.

Выявлено некоторое снижение продукции 17-кето и 17-оксикортикостероидов, а также адреналина.

На R-графии грудной клетки отмечается увеличение вилочковой железы II степени. Тень сердца в форме "капли", гипоплазия дуги аорты.

#### **Вопросы:**

О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?

Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам обследования.

#### **Задача 17**

Ребенку 6 лет. Поступил в стационар с жалобами на боли в животе приступообразного характера, частую рвоту, жидкий стул 3 раза в день. Приступы продолжаются до 1-2 суток, затем ребенок быстро выздоравливает.

На первом году рос и прибавлял в массе хорошо, в последующие годы отмечалось отставание в массе, рост соответствовал норме. В психомоторном развитии опережает сверстников, но обидчивый, капризный. Отец страдает полинозом и крапивницей, мать - мочекаменной болезнью.

Объективные данные. Состояние ребенка средней тяжести за счет явлений обезвоживания. Сознание ясное, но капризный, негативный. На расстоянии слышен запах ацетона изо рта. Кожа бледная, сухая, питание тканей, их тургор и мышечный тонус снижен. Пальпируются единичные шейные и подмышечные лимфоузлы до I размера, безболезненные, подвижные. Сердечные тоны ритмичны, несколько приглушены. Пульс -90 уд. в I мин., АД  $85/45$  мм. рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Стул неустойчивый, периодически в виде овечьего кала со слизью. Менингеальных явлений нет. Дермографизм красный, быстро появляется и долго держится.

Анализ крови: Эр.  $4,62 \times 10^{12}/л$ , Нв-128 г/л, Л- $7,4 \times 10^9/л$ , Эоз-2%, П-4%, С-68%, Л-22%, Мон-4%, СОЭ-10 мм./час. Общ. ан. мочи -реакция кислая, уд. вес 1014, белка, сахара, уробилина нет, реакция кислая, реакция на ацетон + + +, единичные клетки плоского эпителия, кристаллы солей мочевой кислоты + + +. Биохимические анализы: содержание мочевой кислоты 0, 078 г/л, холестерин -6,0 ммоль/л, сахар крови натощак 4,0 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

О каком заболевании идет речь?

Какие анализы подтверждают диагноз?

Какая терапия приступов ухудшения состояния?

#### **Задача 18**

Ребенок 5 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Из анамнеза: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма - 5% манной каши. Находится на естественном вскармливании. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом. При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы - гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Нв - 130 г/л, Эр.  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк.- $11 \times 10^9/л$ , п-2%, сегм.-36%, Эо.-16%, л-40%, м-6%, СОЭ-15мм/ч.

#### **Вопросы:**

Поставьте диагноз.

Укажите причины возникновения заболевания.

Назначьте лечение.

**Тестовые задания по теме: «Физическое и психомоторное развитие детей. АФО особенности нервной системы,кожи,пжк,костно-мышечного аппарата,органов дыхания».**

**1.**Для эмбрионального периода характерно следующее:

- 1.закладка и органогенез всех органов
- 2.лактотрофный тип питания
- 3.формирование плаценты
- 4.возможное формирование бластопатий
- 5.возможное формирование фетопатий

#

**2.**Болезни, возникающие в период фетального развития, называются:

- 1.эмбриопатии
- 2.бластопатии
- 3.фетопатии
- 4.бластоцитопатии

#

**3.**Поздний фетальный период переходит в ...(период):

- 1.перинатальный
- 2.ранний неонатальный
- 3.поздний неонатальный
4. постнатальный

#

**4.**Средняя масса тела при рождении доношенных новорожденных составляет (граммы):

1.2000-2500

2.2500-3000

3.2900-3500

4.3500-4000

5.4000-

4200 #

**5.Массо-ростовой показатель у доношенных новорожденных детей в среднем составляет:**

1.40-50

2.50-60

3.60-70

4.708

0

#

**6.Масса ребенка при рождении 3200г, должествующая масса в 3 месяца составляет в г:**

1.4400

2.5300

3.5400

4.6000

5.4000

#

**7.Ежемесячная прибавка массы во 2-м полугодии в среднем (в гр.):**

1.800

2.750

3.300

4.400

5.1

00

#

**8.**Ежемесячная прибавка массы во 2-м полугодии в среднем (в гр.):

1.800

2.600

3.300

4.400

5.100

#

**9.**В первое полугодие жизни ребенок прибавляет ежемесячно в среднем по... (в граммах):

1.400

2.500

3.600

4.800

5.9

00

#

**10.**Средняя длина тела при рождении доношенного ребенка составляет (в см) :

1.45

2.49-54

3.56-59

4.60

5.

75

#

**11.**Особенностью вегетативной нервной системы у новорожденного являются:

1.ваготония

2.симпатикотония

3.периферические ветви n.vagus миелинизированы

4.имеется равновесие между симпатической и парасимпатической нервной системами

#

**12.**Недостаточное развитие клеток коры головного мозга и ее функциональная слабость у новорожденных выражаются:

1. в бессознательных, атетозоподобных движениях

2.в целенаправленности движений

3.недостаточном развитии межучного мозга

4. в зрительном сосредоточении

#

**13.**Отличительной особенностью спинномозговой жидкости у новорожденных является все кроме:

1.ксантохромия

2.лимфоцитарный плеоцитоз

3.положительные реакции Панди и Нонне-Апельта 4.повышение  
нейтрофилов

#

**14.**Ребенок начинает удерживать головку к \_\_\_\_ месяцу:

1.2,0

2.4,5

3.3,0

4.3,5

5.6

#

**15.**При хронических заболеваниях печени на коже появляются:

1.ангиомы

2.витилиго

3.розеолы

4.невусы

5.сосудистые звездочки

#

**16.**Особенности в строении дермы у детей :

1.волокнистая структура

2.слои плотно соединены друг с другом

3.зернистая состоит из сосочкового слоя

4.состоит из ретикулоцитарного слоя

5.эластичные волокна хорошо развиты

#

**17.**Потовые железы в первую очередь формируются на:

1.лбу

2.спине

3.шее

4.животе

5.ладонях и подошвах

#

**18.**Сальные железы у новорожденных отсутствуют на:

1.ладонях

2.туловище

3. волосистой части головы

4.лбу

5.спине

#

**19.**Сыровидная смазка содержит:

1.жиры

2.воду

3.амилазу

4.меланин

5.белок

#

**20.**Физиологический катар кожи новорожденных это ее:

1.гиперемия

2.бледность

3.желтушность

4.мраморность

5.синюшность

#

**21.Избыточная влажность, потливость наблюдается у детей при:**

1.гипотиреозе

2.рахите

3.полиомиелите

4.анемии

5.диарее

#

**22.Кожа состоит из:**

1.железистой ткани

2.эпидермиса, дермы

3.костной ткани

4.жировой ткани

5.хрящевой ткани

#

**23.Образование меланина в эпидермисе у новорожденных:**

1.недостаточное

2.избыточное

3.обычное

4.отсутствует не

5.образуется

#

**24.** В клетках зернистого слоя эпидермиса у новорожденных отсутствует:

1. меланин

2. кератогиалин

3. гиалин

4. муцин

5. гиалуронидаза

#

**25.** Содержание воды в роговом слое эпидермиса у новорожденных по сравнению со взрослыми:

1. больше

2. меньше

3. одинаковое

4. отсутствует

5. очень маленькое

#

**26.** Симптом жгута, щипка, молоточковый - для определения состояния:

1. лимфатических сосудов

2. дермографизма кровеносных сосудов

3. иннервации подкожно-жирового слоя

#

**27. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 3 месяца:**

1. хорошо держит головку в вертикальном положении и лежа на животе, фиксирует взор, улыбается, узнает мать, гулит

2. имеются атетозоподобные движения, гипертонус сгибателей, симптомы натяжения 3. пытается сидеть

4. тянется к предметам руками, захватывает их

5. сам поворачивается с живота на спину #

**28. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 6 месяцев:**

1. произносит единичные упрощенные слова 2. гулит

3. сам встает и стоит, держась за опору

4. переворачивается в постели, сидит, удерживает длительно игрушки, тянет их в рот, бросает, произносит отдельные слоги

5. ползает

т #

**29. Большинство детей начинают ходить в возрасте (в мес.):**

1. 4-5

2. 6-7

3. 8-9

4. 12-13

5. 14-15

#

**30. К безусловным рефлексам орального автоматизма периода новорожденности относятся:**

1. хватательный
2. Бабинского
3. хоботковый
4. хватательный
5. защитный

**Тестовые задания по теме : «АФО органов кровообращения, кроветворения, мочевыделительной системы».**

**1.** Внутриутробно функционируют эмбриональные протоки и шунты все кроме:

1. Аранциев проток
2. межжелудочковое отверстие
3. овальное окно
4. Боталлов проток

#

**2.** Компенсаторные механизмы против гипоксии плода все кроме:

1. увеличение дыхательной поверхности плаценты
2. отслойка плаценты
3. эритроцитоз
4. высокая кислородосвязывающая способность фетального гемоглобина
5. низкая потребность тканей плода в кислороде

#

**3.** Критический период для сердца плода (нед):

1. 1-2

2.9-10

3.5-6

47-8

5.3

-4

#

**4.Облитерация артериального (Боталлова) протока происходит к возрасту (мес):**

1.1

2.2

3.

4

4.6

5.8

#

**5.Функционирование овального окна прекращается у новорожденного вследствие:**

1.повышения сопротивления в легочном русле

2.одинаковой толщины желудочков 3.увеличения

притока крови в левое 4.предсердие эритроцитоза

повышение 5.давления в нижней полой вене

#

**6.Стимулятором роста левого желудочка у детей является:**

1.увеличение диаметра аорты

2. возрастающее сосудистое сопротивление

3.увеличение длины тела

4. снижение артериального давления

5.изменение формы грудной клетки

#

7.Гистологические особенности миокарда новорожденных все кроме:

1.тонкие мышечные волокна

2.хорошо выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность 3.слабо  
выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность

4.ядра мелкие, малодифференцированные

5.соединительная ткань слабо развита

8.У детей с возрастом происходит ротация сердца:

1.кнаружи

2.кнутри

3.вверх

4.вниз

5.вправо

#

9.У новорожденного частота пульса в 1 минуту:

1.100

2.80

3.180

4.200

5.140

#

10.Частота пульса у 5-летнего ребенка в 1 минуту:

1.100

2.80

3.180

4.200

5.140

#

**11.**Формула расчета среднего систолического А/Д у детей старше года (мм. рт. ст), где n-возраст в годах:

1.75+2n

2.105+2n

3.90+2n

4.110+n

5.20-n

#

**12.**Формула среднего возрастного диастолического А/Д у детей старше года

1.45+n

2.60+n

3.75+n

4.90+n

5.60-n

#

**13.**Повышение А /Д с возрастом у детей связано с:

1.увеличением просвета вен

2.понижением тонуса сосудов мышечного типа

3.темпом роста ребенка

4.большим притоком крови в левое предсердие 5.рассыпным  
типом кровоснабжения миокарда

#

**14.**Физиологическая анемия наблюдается у детей в возрасте (мес.):

1.2-3

2.4-5

3.6-7

4.8-9

5.5-6

#

**15.**Под анемией у детей 1 года жизни понимается снижение количества гемоглобина менее...(г/л):

1.180

2.150

3. 130

4.120

5.1

10

#

**16.**Сдвиг лейкоцитарной формулы влево – это все, кроме:

1.увеличение сегментоядерных 2.нейтрофилов

увеличение 3.палочкоядерных нейтрофилов

4.увеличение юных нейтрофилов 5.увеличение

миелоцитов увеличение базофилов

#

**17. Эозинофилия не отмечается при:**

1. сепсисе

2. аллергических заболеваниях

3. глистных инвазиях

4. лямблиозе

5. atopическом диатезе

#

**18. Продолжительность кровотечения по Дукке равна (мин.):**

1. 1-2

2. 2-4

3. 4-6

4. 8

5. 8-10

#

**19. Время свертывания крови по Ли и Уайту (мин.):**

1. 1-2

2. 2-4

3. 4-6

4. 6-10

5. 11-20

#

**20. Тромбоцитопения наблюдается при:**

1. экссудативном диатезе

2.гипопластической анемии

3.болезни Верльгофа

4.болезни Шейлен-Геноха

5.Дюшена

#

**21.**Особенностью строения почек у детей не является:

1.дольчатый характер строения

2.малые размеры клубочков

3.корковый слой развит хорошо

4.корковый слой развит слабо

5.жировая капсула развита плохо #

**22.**Емкость мочевого пузыря у новорожденного составляет (мл.):

1.1

0

2.2

0

3.3

0

4.4

0

5.

50

#

**23.**Емкость мочевого пузыря у годовалого ребенка ( в мл ):

1.30

2.35

3.50

4до2

00 #

**24.** Не характерна локализация морфологических изменений в почках при пиелонефрите:

1. в клубочках и
2. в мочеточниках
3. в интерстициальной ткани
4. в чашечка
- х
5. в лоханках
- #

**25.** При пиелонефрите в моче не обнаруживается:

1. моча становится мутной
2. сахар в моче
3. в осадке множество лейкоцитов
4. большое количество эпителиальных клеток
5. большое количество микробов
- #

**26.** Структурно-функциональной единицей почки является:

1. капсула Шумлянского-Боумена
2. нефрон петля Генле
3. извитой каналец
4. лоханка и чашечка

#

**27.** О клубочковой фильтрации судят по:

1. клиренсу
2. пробе Зимницкого
3. пробе Нечипоренко
4. пробе на концентрацию
5. пробе на разведение

#

**28.** Скрытые отеки выявляют:

1. пробой "Мак-Клюра"
2. пробой Зимницкого
3. пробой с
4. сухоедением
5. измерением диуреза

#

**29.** Проба Зимницкого отражает функцию почек:

1. фильтрации
2. концентрирования
3. секреции
4. реабсорбции
5. мочевыделения

#

**30.**Олигурия - уменьшение суточного количества мочи наблюдается всегда, кроме:

1.лихорадочных заболеваниях

2.рвоте, поносе

3.острой почечной недостаточности 4.сахарном

диабете

#

### **Тестовые задания по теме : «Неонатология».**

**1.**Живорожденный ребенок обязательно имеет признаки:

1.срок гестации 38-41 недель

2.самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины 3.массу тела более 2500 гр.

4.правильно сформированное телосложение 5.кроме стигм дизэмбриогенеза

#

**2.**Ранний неонатальный период длится:

1.с рождения до 28 дней жизни

2.с рождения до 10днежизни

3.с рождения до 7 дней жизни

4.с начала родовой деятельности до 7 днейжизни 5.с

28 недели гестации до 7 дней после рождения #

**3.**У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?

1.мастит

2.флегмона грудной клетки

3.половой криз

4. локальный отек

5.абсцесс

#

**4.Недоношенный ребенок рождается при сроке гестации менее...(нед):**

1.40-41

2.38-39

3.37

4.35-36

5.34-33

#

**5.Поздний неонатальный период длится:**

1.с рождения до 28дней жизни

2.с 7 дней до 28 дней жизни

3.с 7 дней жизни до 1 года

4.с рождения до 7 дней жизни

5. с рождения до 40 дней #

**6.Доношенный ребенок рождается при сроке гестации...(нед):**

1.36

37

2.38-40

3.40-42

4.

42

#

**7.Какой симптомокомплекс характеризует переносенного ребенка:**

1.Громкий крик, кожа розовая, тургор тканей удовлетворительный,

2.рефлексы живые масса -2900 г, мягкие ушные раковины, открыт стреловидный шов, исчерченность кожи на 1/3 подошв

3. срок гестации 39 недель, масса -3 500 г, рост-50см

4.срок гестации 42 недели и более, рука "прачки", плотные кости черепа, сухая дряблая морщинистая кожа

#

**8.Ранняя неонатальная смертность - это смерть детей первых \_\_\_\_\_ дней жизни, (на 1000 живорожденных):**

1.1-2

2.2-4

3.4-6

4.7

#

**9.Неонатальная (ранняя младенческая) смертность - это смерть детей в дни жизни \_\_, (на 1000 живорожденных):**

1.в родах

2.с 22 недели гестации

3.первые сутки

4.с 28 недели гестации

#

**10.**Перинатальная смертность-это смерть детей... (на 1000 родившихся живыми и мертвыми):

1.в родах

2.в первые 7 дней после рождения

3.с 22 недели гестации по первые 7 дней жизни

4.с 22 недели гестации по первые 28 дней жизни

#

**11.**Какие из указанных симптомов Вы отнесете к пограничным состояниям новорожденных:

1.внутриутробная гипоксия

2.половой криз, транзиторная лихорадка, физиологическая желтуха новорожденных

3.синдром рвоты и срыгивания

4.гемолитическая желтуха

5.омфалит

#

**12.**Физиологическая желтуха у доношенных здоровых новорожденных появляется и длится:

1.на 2-3 день и длится до 5-8 дней

2.в первые 12 часов и длится 7 дней

3.на 6 день и длится 3 недели

4.при рождении, волнообразная

#

**13.**Ребенку 5 дней. Настоящая масса-3600 г, вес при рождении-3800 г, от срочных родов, рост 52см, ОГ-36 см, ОГК-34 см. Потеря веса за 5 дней – 200 г. Ваша тактика ?

1.лечения не требуется, т.к. потеря массы физиологическая

2.требуется инфузионная терапия

3.требуется введение дополнительного питания 4.необходимо  
обследование на наличие заболеваний 5.следует провести  
пероральную регидратацию

#

**14.**У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?

1.мастит

2.флегмона грудной клетки

3.локальный отек

4.абсцесс

5.половой криз #

**15.**Физиологической является потеря массы тела новорожденного (%):

1.2-4

2.4-6

3.6-8,

4.не более 10

5.больше 10

менее20

#

**16.**Пуповина должна быть перевязана новорожденному (укажите неправильный ответ):

1. сразу после рождения, чем на 5-7 минуте.

2.после прекращения пульсации пуповины,

3.на первой минуте жизни

4. в первые 10 секунд после первого вдоха

#

**17.** При асфиксии новорожденного оценку по шкале Апгар производят через (мин):

1.1

2.3

3.5

4. каждые 10 до нормализации состояния

5. каждые 5 мин.

#

**18.** ABC-реанимация новорожденных в асфиксии состоит из следующих мероприятий, кроме:

1. освобождения, поддержания свободной проходимости воздухоносных путей 2. асептики ИВЛ.

3. восстановления и поддержания сердечной деятельности и гемодинамики 4. витаминотерапии

#

**19.** Для ликвидации ацидоза у новорожденных детей при тяжелой степени асфиксии используют 4% раствор бикарбоната натрия из расчета:

1. 2,5 мл/кг/веса

2. 5 мл/кг веса

3. 7 мл/кг веса

4. 10 мл/кг веса

5. 25 мл/кг веса

#

**20.** У новорожденного по шкале Апгар не оцениваются:

1. частота сердцебиения,

2. цвет кожи

3. мочеиспускание, температура тела 4. дыхание

5.мышечный тонус, рефлексы

#

**21.**Клиническими симптомами асфиксии новорожденных являются:

1.тахикардия, гепатомегалия, отеки

2.иктеричность кожных покровов, гепатоспленомегалия

3.срыгивание желчью, повышение температуры тела 4.склерема,

мраморность кожных покровов, брадикардия

5.нерегулярное дыхание, гипотония, гипорефлексия, цианоз кожи, нарушение ритма сердечных сокращений

#

**22.**Для оценки степени тяжести асфиксии используется шкала:

1.Апгар

2.Балларда

3.Сильвермана

4.Дубовича

5.Давене

#

**23.**Для подтверждения диагноза хронической внутриутробной гипоксии плода проводятся:

1.ультразвуковое исследование плаценты 2.доплерометрия

сосудов плаценты

3.нестрессовый тест

4.анализ крови и рентгенологическое исследование брюшной полости беременной

#

**24.**Эпидуральные кровоизлияния у новорожденных возникают:

1. между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой в результате деформации теменных костей черепа при разрыве намета мозжечка

2. в результате нарушения целостности мозговых сосудов под мягкую мозговую оболочку

#

**25.** В терапии судорожного синдрома при внутричерепных родовых травмах применяют 20% раствор натрия оксипропионата из расчета:

1. 1 мл/кг веса

2. 50-100 мг/кг веса

3. 20 мл однократно

4. 5 мл однократно

5. 500 мг/кг веса

#

**26.** При лечении родовой травмы центральной нервной системы применяют все, за исключением:

1. физический покой

2. краниоцеребральную гипотермию  
3. введение гемостатических средств  
4. противосудорожную терапию  
5. гемосорбцию

#

**27.** Геморрагическую болезнь новорожденных можно эффективно предупредить:

1. инфузией свежезамороженной плазмы  
2. инфекцией анти-Д-глобулина матери  
3. переливанием тромбоцитов

4. ранним прикладыванием к груди и инъекцией вит "К" при рождении

#

**28.** Геморрагическая болезнь новорожденных чаще всего проявляется:

1. в первые сутки

2.на 2-4 сутки

3.через неделю

4.через 30 минут после рождения

5.на 2 недели жизни

#

**29.**Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденного являются:

1. кровоточивость со слизистых,

2. мелена

3.анемия

4. гемартрозы

5.внутричерепные кровоизлияния

#

**30.**При геморрагической болезни новорожденного уровень тромбоцитов периферической крови:

1.нормальный

2.нормальный или повышенный 3.нормальный

или пониженный

**Тестовые задания по теме: «Поликлиническая педиатрия».**

1.Укажите форму оперативной амбулаторной документации, которая ведется при наблюдении за здоровыми детьми:

1.история развития ребенка,

2. медицинская карта ребенка контрольная карта диспансерного наблюдения, 3. прививочный журнал, инфекционный журнал КИФ при обслуживании ребенка с ОРВИ

4. экстренное извещение в санэпидстанцию

#

2. Укажите учетный номер амбулаторного медицинского документа «истории развития ребенка»:

1. Ф № 058/У

2. Ф № 063/У

3. Ф № 112/У

4. Ф № 026/У

5. Ф № 030/У

#

3. Профилактическая направленность на первом патронаже к новорожденному ребенку заключается в одном из направлений:

1. оценке биологического, генеалогического и социального анамнеза

2. в исключении признаков врожденных пороков развития

3. оценке опасных признаков болезни

4. оценке ухода и наличия предметов ухода за 5. новорожденным в назначении витамина D3

#

4. Новорожденный после выписки из родильного дома должен быть осмотрен врачом:

1. на 1 неделе жизни

2. в первые 3 дня после выписки из родильного дома

3. до 20 дня жизни ежедневно по усмотрению врача

#

5. Инвалидность детям по разделу А устанавливается сроком на:

1. 3 месяца

2. 6 месяцев

3. 1 год

4. до 16 лет

5. 2

года #

6. Выделяют группы направленного риска новорожденных за исключением:

1. всего 5 групп

2. в том числе группу риска по развитию патологии ЦНС

3. в том числе группу риска по развитию патологии дыхательной системы в том числе группу социального риска в том числе группу риска эндокринопатий и трофических нарушений

#

7. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии слуховых функций ребенка в возрасте 1го месяца:

1. вздрагивает и мигает при резком звуке

2. прислушивается к голосу взрослого

3. находит глазами невидимый источник звука

4. узнает голос матери

#

8. Укажите, по каким линиям можно сделать заключение о нервно-психическом развитии ребенка 7 месяцев (выберите один неправильный ответ):

1. движения общие

2. действия с предметами

3. речь активная навыки игра

#

9. Выберите показатель, который является ведущим в воспитании двигательной сферы ребенка 7 месяцев:

1. умение садиться

2. сидение

3. ползание

4. умение вставать

#

10. Какие из перечисленных показателей отражают полноту и качество диспансерного наблюдения за здоровьем детей?

1. число детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев (в процентах)

2. число детей первого года жизни, отнесенных к первой группе здоровья

3. динамика состояния здоровья детей по группам здоровья от периода новорожденности до года частота осмотра педиатром

#

11. Информация о прививках ребенка должна быть отражена в перечисленных медицинских документах за исключением одного:

- 1.форма № 063/у
- 2.форме № 112/у
- 3.форме № 026/у
- 4.форме № 064/у
- 5.форме № 060/у

#

12.Вакцинация против кори, краснухи, паротита проводится в сроки:

2 месяца

3,5 месяца

12 месяцев

2 года

6 лет

#

13.Вакцинацию против туберкулеза здоровому ребенку следует проводить в возрасте:

1 мес.

3 - 4 дней

2 мес.

5 мес.

3,5 мес.

#

14.Иммунизация пентавакциной здоровому ребенку проводится в возрасте (календарь прививок в КР):

4-5 дней, 2 месяца, 5 месяцев

20 дней, 2 месяца, 12 месяцев 1 месяц, 3,5  
месяца, 5 месяцев 1,5 мес.

2 месяца в 3,5 и в 5 месяцев

#

15.Ревакцинация АКДС проводится в возрасте (по календарю прививок в КР):

6 мес.

9 мес.

2 года

3 года

5 лет

#

16.Двухмесячному ребенку проводится вакцинация (по прививочному календарю в КР):

АКДС-1, ВГВ-2, гемофилюсн. инфекция. ОПВ-2

АКДС-2, ОПВ-3

АКДС-3, ОПВ-4, ВГВ-3

АКДС-4

ВГВ-1, БЦЖ, ОПВ-1

#

17.Профилактические прививки против кори, краснухи, паротита детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей проводятся:

1.по приказу КР «О календаре профилактических прививок»

2.после снятия диагноза ВИЧ-инфекции

3.у ребенка профилактические прививки не проводятся

#

18.Реконвалесценты респираторных вирусных инфекций в организованных детских коллективах подлежат:

1.освобождению от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели и освобождению от соревнований на ближайший период

2. освобождению от физкультуры на год

3.оформлению в подготовительную физкультурную группу 4.от уроков физкультуры не освобождаются

#

19.На дому разрешается лечить следующие формы острых пневмоний:

неосложненные формы тяжелые,  
осложненные формы крупозные  
любые стафилококковые

#

20.Укажите, как нельзя выписывать больничный лист по уходу за остро заболевшим ребенком?:

любому из родственников, исходя из интересов ребенка только матери  
больного ребенка и на любой срок

участковым врачом сначала на три дня, затем, может быть продлен ещё на три дня если в семье  
больны несколько детей,оформляется один больничный лист

продление больничного листа производится по разрешению зав. отделения; на длительный срок – по  
решению ВКК

#

21.При выявлении инфекционно больного ребенка сведения о нем необходимо передать: СЭС, по  
форме 058/у

только врачу-инфекционисту ЛПУ в  
СЭС по форме 030/у министерство  
здравоохранения

институт эпидемиологии, в свободной форме

#

22.При скарлатине участковый педиатр наблюдает ребенка в течение (дней):

3

5

10

21

#

23. Ребенок с эпидемическим паротитом наблюдается участковым педиатром на дому:

2-3 дня

3-5 дня

7 дней

9-10 дней

21 день

#

24. При коклюше изоляция ребенка проводится на (дней):

3-10

20

30

40

60

#

25. Для лечения энтеробиоза вермокс применяют в следующей дозе (мг/кг):

5-7

2,5-3

1,5-2

8-10

3-4,5

#

26. Когда следует впервые проводить определение готовности ребенка к обучению в школе?

1. с 3 лет

2. с 4 лет

3. с 5 лет

4. с 6 лет

#

27. Диспансеризация это:

1. активный метод динамического наблюдения за здоровыми детьми, детьми, имеющими факторы риска и больными детьми

2. метод наблюдения только за здоровыми детьми

3. метод наблюдения только за больными детьми

4. форма организации «стационара на дому»

#

28. Кратность наблюдения за недоношенными детьми включает:

1. осмотр врачом ГСВ на 1 месяце жизни

2. ежедневно один раз в неделю

3. через день один раз в две недели

4. один раз в месяц

#

29. Кратность наблюдения участковым врачом детей с гипотрофией: 2 раза в  
месяц

ежемесячно

2 раза в год  
ежедневно не  
наблюдается

#

30.Снятие с учета детей при гипотрофии проводится (укажите неправильный подход): 1.во всех случаях через 1 год,

2. если семья неблагополучная - с учета не снимаются при I степени через 3 мес.

3.при II степени через 6 мес.

4.при III степени через год

**Тестовые задания по теме: «Дефицитные состояния у детей».**

1.Течение рахита, согласно классификации, не может характеризоваться как:

1.острое

2.подострое

3.рецидивирующее

4. абортное

#

2.Укажите типичные для подострого течения рахита изменения со стороны костной системы:

остеомалация

гиперплазия остеонной ткани

краниотабес

искривление нижних конечностей рахитический

«горб»

#

3. При рахите имеются следующие периоды (укажите неверный ответ): 1. разгара

2. начальный

3. возбуждения

4. реконвалесценции

5. остаточных явлений

#

4. Наиболее физиологичным методом профилактики рахита является

назначение витамина D в дозе 400-500 МЕ ежедневно,

круглый год в дозе 400-500 МЕ ежедневно, с октября по май (т.е., исключая солнечные месяцы)

в дозе 1000 МЕ ежедневно, круглый год

в дозе 2000 МЕ ежедневно, в течение одного месяца три раза за 1-й год жизни витамин D и УФО

по 1-й неделе ежемесячно

#

5. В целях профилактики рахита методом «дробных доз» назначают витамин D в дозе... тыс МЕ в теч.

10

30

500

2000

5000

#

6. Симптомами гипервитаминоза D у детей являются:

высокая температура, жидкий стул

рвота, потеря массы тела, гипофосфатемия, положительная проба Сулковича повышенный аппетит, ожирение, гиперфосфатемия, отрицательная проба Сулковича краниотабес, остеомаляция гипотония, метеоризм, гепатомегалия

#

7. Укажите, не характерную для спазмофилии клиническую форму:

латентная

ларингоспазм

карпопедальный спазм

экламптическая форма

отечная форма

#

8. Результаты обследования, характерные для нервно-артритического диатеза:

алкалоз

ацидоз, гиперурикемия, уратурия анемия

гиперлипидемия, гипопроteinемия

увеличение С-реактивного белка,

ДФА и сиаловой пробы

#

9. Для начального периода рахита не характерно:

плаксивость

потливость костные

деформации снижение

аппетита

раздражительность

#

10. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия, за исключением одного из них:

рациональное питание массаж,

гимнастика прогулки

цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день, масляный раствор витамина D по 500-1000 МЕ ежедневно

масляный раствор витамина D по 2000-5000 МЕ ( в зависимости от тяжести рахита) ежедневно в течение 30-40 дней, далее витаминопрофилактика #

11. Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза D не являются:

1. суммарная доза витамина D 1000 000 МЕ и более

2. повышенная чувствительность к вит.

3. D хронические заболевания почек у детей

4. анемия, перинатальная энцефалопатия, атопический диатез

5. превышение дозировки витамина D по инициативе родителей, использование витамина в более высокой концентрации или спиртового раствора вит. D без плотной пробки

#

12. В развитии экссудативно-катарального диатеза этиопатогенетическую значимость имеют все, кроме:

наследственная предрасположенность

пищевая сенсibilизация гиперпродукция Ig

E

снижение продукции иммуноглобулинов A, G и уровня T-лимфоцитов

гиповитаминоз вит. D, E, B 15 и др.

#

13. Основными маркерами лимфатико-гипопластического диатеза являются все, кроме:

1. врожденная генерализованная иммунопатия

2. избыточный синтез гистамина

3. уменьшение размеров некоторых внутренних органов (сердце, надпочечники)

4. увеличение лимфатических узлов

5. гиперплазия вилочковой железы

#

14. Возможным исходом нервно-артритического диатеза не является:

1. желче- и мочекаменная болезнь подагра,

2. обменные артриты мигрень, невралгии,

3. неврастении бронхиальная астма

4. хроническая надпочечниковая недостаточность

#

15. Укажите не характерные кожные проявления экссудативного диатеза: гнейс

опрелости молочный струп

эритематозно-папулезная сыпь

геморрагические высыпания

#

16. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритического диатеза может привести к развитию таких состояний, как:

мочекаменная болезнь, подагра, неврастенический синдром  
синдром внезапной смерти кишечная инфекция аутоиммунные  
заболевания аутизм

#

17. Клинические симптомы лимфатико-гипопластического диатеза (укажите неверный ответ):

увеличение вилочковой железы и периферических лимфоузлов

аденоидный тип лица

”капельное” сердце, гипоплазия дуги аорты лимфаденопатия, в том числе мезентериальных  
и медиастинальных лимфоузлов

”куриная” грудь, ”квадратная” голова, ”Х”- и ”О”- образные нижние конечности #

18. При обострении экссудативного диатеза назначают лечение, за исключением: 7-10 дневные курсы  
гипосенсибилизирующей терапии (димедрол, супрастин, и др): 1. антибиотикотерапия

2. лактобактерин, бифидумбактерин, глюконат кальция

3. рациональное питание с исключением потенциально аллергенных продуктов

4. витамины: В6, С, А, Е, В5, В15 #

19. Укажите, что не характерно для синдрома обменных нарушений при нервно-  
артритическом диатезе:

1. отягощенный семейный анамнез по обмену пуринов

2. переходящие ночные суставные боли салурии (ураты, фосфаты, оксалаты)

3. ацетонемическая рвота

3. протеинурия, гематурия,

4. цилиндрурия

#

20. Критерием истощения тканевых запасов железа является:

1. снижение уровня общей железо-связывающей способности (ОЖСС) менее 45 мкмоль/л

снижение уровня сывороточного ферритина ниже 10-12 мкг/л

снижение количества эритроцитов

уменьшение размеров эритроцитов (микроцитоз)

повышение дисфераловой сидероурии

#

21. Для железодефицитной анемии характерны лабораторные показатели:

снижение уровня гемоглобина, гиперхромия (по цветовым индексам и морфологически) снижение уровня гемоглобина, микросфероцитоз

снижение уровня гемоглобина, гипохромия, анизоцитоз, покилоцитоз

снижение уровня гемоглобина ниже 110 г/л, гипохромия,

снижение количества эритроцитов менее  $3,2 \times 10^{12}$  г/л цветовой показатель ниже 1 #

22. Для железодефицитной анемии характерны биохимические показатели:

повышение ОЖСС (выше 63 мкмоль/л), снижение % насыщения трансферинем 12 мкмоль/л, снижение содержания железа 12-14 мкмоль/л

повышение ОЖСС (выше 63 мкмоль/л), снижение % насыщения трансферинем 12 мкмоль/л, снижение содержания железа 12-14 мкмоль/л, выраженная гипопропротеинемия понижение ОЖСС 45 мкмоль/л), повышение % насыщения трансферинем 17 мкмоль/л, гипопропротеинемия, сидероурия повышение СРП (+++)

#

23. При железодефицитной анемии имеют место следующие внешние признаки:

кожные покровы «алебастровые», м.б. «готическое» нёбо, петехии и синяки

кожные покровы бледные;

при тяжелом течении с землистым или зеленоватым оттенком,

волосы тусклые, ногти с исчерченностью, «ложковидный язык»

кожные покровы бледные с легкой или выраженной желтушностью большой живот за счет гепатоспленомегалии

#

24.К клиническим признакам дефицита железа не относится:

бледность слизистых оболочек

систолический шум на верхушке сердца

спленомегалия (у ребенка старше 1 года) дистрофические изменения кожи, волос, зубов койлонихии

#

25.Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо: мясо

гречка

гранаты

рыба

яблоки

#

26.Правильная тактика применения препаратов железа: до нормализации гемоглобина

до нормализации уровня ферритина крови

до нормализации сывороточного железа в течение 2 недель

до исчезновения бледности кожных покровов

#

27. Основными принципами лечения железодефицитных анемий не являются: витаминотерапия витамином С

использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками назначение препаратов железа

заместительная терапия препаратами крови или хирургическое лечение (спленэктомия) #

28. При ЖДА детям назначаются препараты железа из расчета ( \_\_\_\_ мг элементарного железа на кг массы)

2

5-8

10

15

20

#

29. Факторами, не препятствующими всасыванию железа в ЖКТ являются:

нормальная кишечная флора,

витамин С

дисбактериоз

фосфаты

фитиновая кислота

#

30. Причиной развития железодефицитных анемий у детей не являются:

алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)

синдром мальабсорбции

инфекционные заболевания

аплазия костного мозга

повышенная потребность организма ребенка в железе

#

**Тестовые задания по теме: «Сердечно-сосудистая патология, заболевания системы крови.»**

1. При одышно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно: ввести

строфантин

дать кислород

назначить пропранолол (анаприлин, обзидан)

ввести промедол

если приступ продолжается - начать инфузионную терапию

#

2. При тетраде Фалло не наблюдается:

общий цианоз

отставание в физическом развитии

отклонение оси ЭКГ вправо

резкое увеличение границы сердца влево

#

3. При тетраде Фалло не наблюдается:

декстрапозиция аорты

стеноз легочной артерии

стеноз аорты

гипертрофия стенки правого желудочка

#

4. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением:

одышки и непереносимости физической нагрузки

повторных пневмоний

акцента второго тона на легочной артерии

судорог

тахикардии

#

5. При выраженном изолированном стенозе легочной артерии имеет место все, за исключением:

Систолическое дрожание во 2-3 межреберьях слева от грудины

Эпигастральная пульсация

Грубый систолический шум во 2 межреберье слева

Границы сердца увеличены в поперечнике за счет правого желудочка, сердечный горб

Грубый систолический шум во 2 межреберье справа

#

6. Для дефекта межпредсердной перегородки характерен:

1. умеренный систолический шум во втором межреберье 2. слева

диастолический шум на верхушке акцент 2-го тона на a.pulmonalis

3. систолический шум во втором межреберье справа 4. диастолический шум  
во втором межреберье слева

#

7. Снижение диастолического давления характерно: для  
анемии

для открытого артериального протока

для стеноза аорты

для митральной недостаточности

#

8. Симптоматика открытого артериального протока включает всё, за исключением: высокое пульсовое  
давление

1. грубый «машинный» шум во 2 межреберье слева, проводящийся на верхушку сердца сосуда шеи, и  
аорту

2. легочная гипертензия во 2 межреберье

3. во 2 межреберье у старших детей при изменении сброса крови справа налево 4. одышка  
и цианоз грубый систолический шум справа от грудины

#

9. При резко выраженной недостаточности аортального клапана артериальное давление обычно:

нормальное

максимальное низкое и минимальное повышено

систолическое – нормальное, диастолическое – снижено,

пульсовое повышено высокое на руках и низкое на ногах

артериальная гипертензия

#

10. При резко выраженной недостаточности аортального клапана не характерно:

ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка сердца; Рентген – картина «сапожка»

ФКГ – диастолический шум с тах во 2-й точке сердца (2м/реберье справа от грудины) ФКГ – диастолический шум с тах во 3-й точке сердца (2м/реберье слева от грудины) границы сердца расширены влево, верхушечный толчок смещен вниз и усилен

#

11. Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией:

аортального клапана

митрального клапана

трехстворчатого клапана

легочной артерии #

12. При митральной недостаточности систолический шум бывает:

1. нежный, короткий, непостоянный всегда грубый, с эпицентром в V точке шум дующий, на верхушке,

2. проводится за пределы сердца,

3. хорошо слышен в положении лёжа и стоя, усиливается при физической нагрузке

4. выслушивается максимально во 2 межреберье справа от грудины

5. выслушивается максимально во 2 межреберье слева от грудины.

#

13. При митральном стенозе характерно все, за исключением: хлопающий 1 тон

рокошущий перисистолический шум

митральный щелчок

персистолическое дрожание («кошачье мурлыканье»)

нежный, короткий, непостоянный систолический шум на верхушке сердца

#

14. При диагностике ревматической лихорадки наибольшее диагностическое значение имеет:

иммуноглобулины А

АСЛО иммуноглобулины

G ревматоидный фактор

#

15. К основным критериям ОРЛ относятся все, за исключением: кардит

Полиартрит

хорея

ревматические подкожные узелки

очаговая склеродермия

#

16. К лабораторным критериям ОРЛ не относится:

повышение СОЭ, С-реактивный белок, лейкоцитоз повышение

уровня сиаловых кислот повышение проницаемости капилляров

повышение уровня антинуклеарных антител, ревматоидный фактор «+» удлинение интервала

P-Q на ЭКГ

#

17. Ревматической 19 атаке наиболее часто предшествует:

стрептококковая инфекция

травма

сепсис

кишечная инфекция

#

18. Учительница обратила внимание родителей на то, что девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, у нее испортился почерк, плохо выполняет задания на уроках труда. В этой ситуации следует подумать:

о неврозе

об ослаблении зрения

о хорее

о неврите периферических нервов #

19. Одним из основных диагностических критериев ревматической лихорадки является: очаговая инфекция

кардит

общее недомогание

артралгия

#

20. Для диагностики ОРЛ по Киселю - Джонсу – Нестерову основными критериями являются: повышение титра АСЛО

абдоминальный синдром

полиартрит

снижение зубца Т на ЭКГ

#

21. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение: времени кровотечения

времени свертываемости

и того, и другого

ни того,

ни другого

#

22. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:

патологией сосудистой стенки

дефицитом плазменных факторов свертывания

нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза

перераспределением тромбоцитов

#

23. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:

недостаточным образованием тромбоцитов

повышенным разрушением тромбоцитов

перераспределением тромбоцитов

дефицитом плазменных факторов свертывания

#

24. Для клинической картины идиопатической тромбоцитопенической пурпуры не типично:

наличие полихромных, полиморфных (петехии, экхимозы), несимметричных высыпаний

спонтанность появления высыпаний (часто – по ночам)

кровоизлияния из носа, из лунки удаленного зуба, маточные кровоизлияния в суставы, высыпания вокруг суставов (симметричные) умеренная спленомегалия

#

25. Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:

IX фактора

XI фактора

VIII фактора

X фактора

#

26. При гемофилии время кровотечения:

удлинняется

не меняется

укорачивается

не учитывается

#

27. Тип наследования гемофилии:

сцепленный с X-хромосомой

аутосомно-доминантный

аутосомно-рецессивный сцепленный с

Y-хромосомой

#

28. Кровотечения при гемофилии появляются

сразу после травмы

появляются через 1/2-4 часа после травмы,

длительные, возможны кровоизлияния в суставы

быстро останавливаются преимущественно у

девочек

#

29.К клиническим синдромам при геморрагическом васкулите, не относится:

кожный суставной

абдоминальный

почечный

печеночный

#

30.Кожные поражения при геморрагическом васкулите, (укажите нетипичную характеристику):

Макуло-папулёзные высыпания папулезные высыпания, при надавливании бледнеют

Через некоторое время сыпь становится геморрагической (красно-багровой)

Сыпь располагается симметрично, над суставами, на ягодицах, вн. поверхности бедер и т.д.

Волнообразность подсыпаний и их полиморфность

Сыпь синячкового типа, несимметричность

#

**Тестовые задания по теме: «Заболевания желудочно-кишечного тракта. Патология почек и эндокринной системы.»**

1. Укажите экзогенные причины хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки:

нарушение гастродуоденальной моторики

пищевая аллергия

пилорический хеликобактер

лекарственные воздействия

#

2. Укажите эндогенные причины хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки:

нарушение гастродуоденальной моторики

пилорический хеликобактер

гормональные нарушения

нарушения вегетативной нервной регуляции

#

3. К факторам «защиты» слизистой желудка относятся:

слизисто-бикарбонатный барьер

пепсиноген

регенераторная способность слизистой оболочки      достаточное

кровоснабжение

#

4. К факторам «агрессии» при хронической гастродуоденальной патологии относятся:

повышенная выработка HCl и пепсина

достаточное кровоснабжение

гастродуоденальная дисмоторика

пилорический хеликобактер

#

5. По этиологии выделяют следующие гастриты:

ассоциированный с НР

гранулематозный

аутоиммунный

реактивный

#

6. По локализации выделяют следующие гастриты:

антральный

эозинофильный

фундальный

пангастрит

#

7. По характеру эндоскопических изменений при хроническом гастрите выделяют:

эрозивный

эритематозный

эозинофильный

гипертрофический

#

8. Диагностика хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки включает:

определение уровня глюкозы в крови

эндоскопию

гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки

оценку желудочного сока

#

9. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей:

тело желудка

12-перстная кишка

двойная локализация

дно желудка

#

10. Укажите осложнения язвенной болезни:

Тромбоцитопения

кровотечение

стеноз привратника

пенетрация

#

11. Перечислите препараты, которые можно использовать для лечения пилорического хеликобактера:

солкосерил

де-нол

амоксциллин

кларитромицин

#

12. Выберите клинические симптомы, наиболее характерные для острого пиелонефрита:

артериальная гипертензия

боли в животе

затрудненное мочеиспускание

повышение температуры

#

13. Выберите препараты, которые чаще всего назначают при нефритическом синдроме:

преднизолон

курантил

цитостатики

гепарин

#

14. Протеинурия не более 2 г/л, гематурия, олигоурия - характерны для:

нефритического синдрома пиелонефрита

нефротического синдрома

гемолитико-уремического синдрома

#

15. Какой показатель характерен для нефротического синдрома?

лейкоцитурия более 4 млн/л

эритроцитурия 100 000 - 1 000 000/л

протеинурия 1 г/л

протеинурия более 3,0 г/л

#

16. Какие из лабораторных показателей наиболее характерны для пиелонефрита?

протеинурия до 1 г/л

лейкоцитурия

эритроцитурия

бактериурия

#

17. Дольше всего после перенесенного острого гломерулонефрита у детей сохраняются;

общая слабость

артериальная гипертензия

головная боль

изменения в моче

#

18. Для снятия с диспансерного учета ребенок, наблюдающийся по поводу пиелонефрита:

госпитализируется для стационарного обследования

обследуется амбулаторно

снимается автоматически

направляется в санаторий

#

19. Назовите количество мочеиспусканий за сутки у здорового ребенка 7 лет:

20-25 раз

10-12 раз

7-9 раз

2-3 раза

#

20. Появление белка в моче может быть связано с:

физическими нагрузками (спорт)

переохлаждением

ортостатическим лордозом (у подростков)

периодом полового созревания

#

21. При гломерулонефрите ограничивают:

поваренную соль

воду

углеводы

белок

#

22. У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз:

церебрально-гипофизарный нанизм

болезнь Дауна

синдром Шерешевского - Тернера

конституциональная задержка полового и физического развития

#

23. Для ОНН типичны:

Гипокалиемиа

Гиперкалиемия

Понижение гематокрита

Гипергликемия

#

24. Не типичным проявлением желудочно-кишечной формы ОНН является:

Картина острого живота

Отвращение к пище

Запор

Рвота, диарея

Боли в животе спастические #

25. Провоцирующими факторами ТТК являются все, кроме:

Инфекции

Операции на щитовидной железе

Стресс

Гиперкальциемия

Травма или грубая пальпация щитовидной железы

#

26. Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно:

задержка психомоторного развития длительно существующая

желтуха новорожденных

сухость кожи

диарея

запоры

#

27. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно: вялость

мышечная гипотония

жидкий стул

рвота

все перечисленное

#

28. У больных с врожденным первичным гипотиреозом не наблюдается:

повышенного уровня ТТГ;

сниженного уровня Т<sub>4</sub>,

Т<sub>4</sub> снижение вольтажа на ЭКГ;

высокого уровня гормона роста;

гиперхолестеринемия

#

29. При врожденном нелеченном первичном гипотиреозе не наблюдается: полиурия

пастозность тканей

крупный язык

сухость кожи

грубый голос

#

30. Основным гормональным фактором, обеспечивающим рост плода во внутриутробном периоде является:

Хорионический соматотропин

СТГ

Тиреоидные гормоны

Кортизол

Инсулин

#



**Темы рефератов и презентаций.**

**9 СЕМЕСТР**

1. Внешнесекреторная функция печени у детей различного возраста, ее значение для переваривания и резорбции пищи в кишечнике. Семиотика.

2. Роль и проблемы рационального питания в формировании здоровья детей.

3. Искусственное вскармливание. Классификация молочных смесей. Преимущества адаптированных и кисломолочных смесей.

4. Биологические свойства женского молока

5. Режим и питание беременной и кормящей женщины

6. Показания к введению прикорма, условия и техника его введения

7. Современные представления о введении блюд прикорма.

8. Вскармливание новорожденных.

9. Особенности вскармливания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. 10. Роль и влияние внешних факторов на формирование порок развития желудочно-кишечного тракта. Основные проявления.

## 10 СЕМЕСТР.

1. Хронический гломерулонефрит.(ХГН). Патогенез. Классификация. Морфологические критерии, характеризующие хронизацию процесса.
2. Особенности клинической картины ХГН в зависимости от формы. Диагностика. Лечение ХГН. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Осложнения. Исходы. Прогноз.
3. Болезни желчных путей. Этиопатогенез. Классификация. Особенности заболеваний желчных путей у подростков.
4. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
5. Диагностика врожденной дисфункции коры надпочечников. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
6. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
7. Гипокортицизм. Определение «Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность». Этиология. Патогенез. Клиника острой и хронической надпочечниковой недостаточности.
8. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности.
9. Гипофизарный нанизм. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика.

Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. 10.Высокорослость, гигантизм, определение, этиопатогенез.Возрастные особенности клинических проявлений и течения гигантизма.

11.Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Дифференциальный диагноз гигантизма

12. Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация (первичный, вторичный, третичный гипотиреоз; врожденный, приобретенный).

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  
ПО ПЕДИАТРИИ 1.**

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Фамилия, имя, отчество больного
2. Возраст
3. Домашний адрес
4. Дата поступления в клинику
5. Диагноз направившего учреждения б. Окончательный клинический диагноз:  
-основного заболевания (по классификации) -осложнений  
основного заболевания -сопутствующих заболеваний.

**2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

В данном разделе описываются все жалобы, предъявляемые больным на момент поступления в стационар и на момент курации. Особое значение уделить детализации жалоб.

**3. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В этом разделе истории болезни описываются жалобы больного ребенка и родителей, а также течение заболевания от его начала. Следует иметь в виду, что время нахождения

больного в стационаре и динамика течения болезни до дня курации также относится к истории заболевания. Важно подробно остановиться на предрасполагающих и причинных факторах заболевания. Необходимо отметить время появления и выраженность каждого симптома заболевания, изменение характера и интенсивности отдельных симптомов.

Лечение ребенка до поступления в стационар и его эффективность (указать основные лекарственные препараты, применявшиеся для лечения данного заболевания).

#### **4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

От какой беременности родился данный ребенок, чем закончились предыдущие беременности. Как протекала беременность в данном случае. Если мать болела во время беременности, то чем и как тяжело; какую она выполняла работу на производстве, за сколько времени до родов ушла в отпуск; закончилась ли беременность в срок или раньше срока; как протекали роды.

Особенного внимания заслуживает период новорожденности и грудной возраст. Для характеристики этих периодов важно: состояние ребенка при рождении, его первоначальный вес и длина тела, закричал сразу или нет, когда был приложен к груди, как сосал. Не было ли родовой травмы или асфиксии. Когда отпал пуповинный остаток, состояние пупочной ранки после выписки из родильного дома. Когда был выписан из родильного дома, и в каком состоянии.

Большое влияние на развитие ребенка оказывает характер вскармливания, а потому этот вопрос требует самого подробного анализа: как ребенок вскармливался, начиная с первых дней жизни: по часам или на свободном режиме; с ночным перерывом или без него; когда был введен прикорм или докорм; какой прикорм или докорм получал ребенок; когда отняли ребенка от груди; какова была диета после года. С какого возраста и в каком количестве вводились дополнительные факторы питания (соки, фруктовое пюре, желток, растительное и сливочное масло).

Необходимо подробно расспросить о физическом и нервно-психическом развитии ребенка.

Динамика веса и роста. Время прорезывания зубов. Развитие статических и динамических функций (когда начал держать головку, сидеть, ползать, стоять, ходить и т.д.). Развитие высшей нервной деятельности: первая улыбка, гуление, слова. Общее поведение ребенка: спокойный, уравновешенный, обидчивый, замкнутый, раздражительный, реакция на новое, отношение к другим детям, взрослым; как засыпает, как учится.

На возникновение и течение болезни оказывают влияние бытовые условия (квартира, комната: сухая, светлая, сырая, темная, населенность, проветривание). Необходимо всегда интересоваться, где спит ребенок (в отдельной кровати, коляске), как часто его купают, как пользуется воздухом (прогулки).

Состояние здоровья родителей, братьев, сестер (наличие хронических инфекций и интоксикаций у родителей, туберкулез, сифилис, болезни обмена веществ, эндокринные расстройства, алкоголизм и др.).

Эпидемиологический анамнез. Следует выяснить, посещает ли ребенок ясли, детский сад, школу и не имел ли он контакт с каким-либо инфекционным заболеванием. Не состоял ли он на специальном диспансерном учете по поводу туберкулеза или других каких-либо заболеваний.

Сделанные прививки: прививка БЦЖ, прививки против полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори. Туберкулиновые пробы и реакция на них.

Необходимо выяснить, какие болезни перенес ребенок, и как они у него протекали.

Врач должен особое внимание обратить на перенесенные инфекционные заболевания.

Существенное значение имеет подробно собранный аллергологический анамнез. Следует подробно расспросить о появлении экссудативного диатеза, выяснить, чем он провоцировался и какой терапии (диете, медикаментозному лечению) лучше поддавался.

Не было ли аллергической реакции в виде крапивницы на медикаментозные средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины и др.) или пищевые продукты. Собрать аллергологический анамнез у родителей ребенка (аллергические заболевания, аллергические реакции на пищевые, лекарственные и другие факторы).

#### **5. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

1. Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, атональное. Положение больного: активное, вынужденное, пассивное.

Поведение больного:

обычное, возбуждение - речевое, двигательное, психомоторное.

Сознание: ясное, сопор, кома. Выражение лица: тоскливое, возбужденное, безразличное.

Масса, длина (рост) тела, окружность головы и груди. Оценка физического развития ребенка по эмпирическим формулам и с помощью центильных таблиц.

Кожа: цвет, эластичность, сухость, влажность, тургор, сыпи, пигментация и депигментация, кровоизлияния и т.д. Слизистые оболочки, зев, состояние миндалин и зубов.

2. Телосложение (тип), подкожно-жировая клетчатка:

развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности.

3. Лимфатические узлы, доступные пальпации; величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, указать группы пальпируемых лимфатических узлов.

4. Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях.

5. Костно-суставная система - форма головы, состояние швов, родничков, деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании на кости. Конфигурация суставов, движения активные и пассивные (в полном объеме, ограничены), болезненность при активных и пассивных движениях, отечность, флюктуация.

6. Органы дыхания. Форма грудной клетки, деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол. Гarrisонова борозда, четки.

Дыхание: носовое, ротовое. Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих полови грудной клетки, одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Цианоз и его локализация. Кашель, его характер.

Перкуссия: сравнительная - изменение перкуторного звука, локализация, топографическая - границы легких, подвижность легочных краев.

Аускультация: характер дыхания (пуэрильное, везикулярное, бронхиальное т.д.), хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная,

Незвучная, крепитация на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры - нежный, его локализация; бронхофония.

7. Система кровообращения: осмотр сердечной области (выпячивание); пульсация - сердечный и верхушечный толчок.

Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье».

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоения, шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолические, диастолические); локализация; наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость; шум трения перикарда, его характер и локализация.

Пальпация сосудов шеи, височных артерий и др. Пульс лучевой артерии: частота, ритмичность (аритмия), величина (высокий, малый, нитевидный), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения). Артериальное давление.

8. Система пищеварения и органы брюшной полости.

Губы: цвет, влажность, трещины. Рот: запах, цвет слизистых, язвочки, энантема.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок, налет. Зубы (число, состояние).

Состояние миндалин и дужек; налеты.

Живот: форма, симметрия, вздутие, выпячивание, западение, расширение вен стенки живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.

Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация (при наличии свободной жидкости в брюшной полости). Пальпация поверхностная, ориентировочная: степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита), болезненность, ее локализация, уплотнения.

Пальпация глубокая скользящая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, Симптомы: Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова. Болевые точки: Кера, Мейо-Робсона, Дежардена, Боаса, Оппенховского. Аускультация живота: перистальтика.

Стул и его характеристика.

Печень: границы печени, верхняя, нижняя. Пальпация - определение величины и положения, край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, бугристая), болезненность. Прощупывается местоположение желчного пузыря (болезненность).

Селезенка: видимое увеличение, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность, болезненность.

9. Мочеполовые органы: мочеиспускание, частота, болезненность, недержание мочи. Осмотр наружных половых органов.

Вторичные половые признаки. Симптом Пастернацкого. Пальпация глубокая, бимануальная. Увеличение, смещение почки, подвижность, болезненность.

10. Нервная система: сознание, характеристика поведения. Сон. Состояние черепно-мозговых нервов. Чувствительность: а) поверхностная (болевая, температурная, тактильная); б) глубокая (мышечно-суставное чувство).

Дермографизм. Сухожильные рефлексy. Патологические рефлексy.

Менингеальные симптомы.

**6. Предварительный диагноз:** данные анамнеза (указать какие), данные объективного осмотра (указать какие) дают основание предположить у ребенка следующий диагноз (указать основной, сопутствующий, осложнения).

**7. План дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.**

## **8. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

Данные рентгенографии, УЗИ и других инструментальных методов исследования.

Клинические анализы крови и мочи, кала. Биохимические анализы крови. Бактериологические анализы. Туберкулиновые и другие пробы. Дать оценку всем проведенным анализам. Заключение консультантов.

## **9. ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (по классификации) И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

После того, как закончено обследование больного, необходимо сгруппировать все полученные данные (анамнеза и объективного обследования) и дать обоснование диагноза.

## **10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исходить из синдромов, имеющихсy у больного и сравнивать их с характером синдромов при сходных заболеваниях.

Иногда имеющихсy данных недостаточно для того, чтобы различить некоторые болезни, т.к. для этого требуется дополнительное динамическое наблюдение и исследование. В таких случаях в резюмирующей части дифференциального диагноза необходимо указать, какие исследования надо провести.

## **11. ДНЕВНИК.**

Состояние ребенка в динамике (улучшается, стало хуже, без изменений), настроение, как провел ночь, какой аппетит. Результат осмотра зева, слизистых, кожи (записывается ежедневно). Состояние

внутренних органов. Более подробно остановиться на системе, с которой связано данное заболевание, а также на изменениях, появившихся в других органах и системах. Стул (осматривается и записывается ежедневно).

## **12. ЛЕЧЕНИЕ**

**Обоснование терапии данного пациента:** а) режим

б) диетотерапия

в) медикаментозная терапия (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия)

## **10. ЭПИКРИЗ.**

Эпикриз является завершающим разделом истории болезни. В нем приводятся основные данные истории заболевания, особенности его течения, динамика изменений за время наблюдения за больным в процессе лечения. Проведенное лечение, его эффективность. Заканчивая эпикриз, необходимо высказать свои соображения о состоянии больного к моменту выписки, наметить план дальнейших рекомендаций в отношении режима и лечения. Прогноз.

**Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (фронтальный опрос)**

**9 семестр**

1. Показатели здоровья. Заболеваемость детей и основные причины ее определяющие. Образ жизни и влияние его на здоровье ребенка.
2. Периодизация детского возраста. Характеристика важнейших особенностей периодов детства.
3. Особенности сбора анамнеза в детском возрасте. Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
4. Характеристика периода новорожденности. Врожденные безусловные рефлексы. Адаптация к внешней среде. Показатели и структура заболеваемости новорожденных детей. Проблема невынашивания. Недоношенный ребенок.
5. Транзиторные состояния периода новорожденности. Гипербилирубинемии новорожденных. Классификация желтух.
6. Принципы выхаживания и кормления недоношенных новорожденных. Особенности течения транзиторных и дефицитных состояний.
7. Гемолитическая болезнь новорожденного. Современные методы консервативной терапии. Показания к заменному переливанию крови.
8. Внутриутробное инфицирование, определение понятия. Факторы риска, определяющие возможность развития инфекционного процесса.
9. Внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, герпес). Принципы диагностики и профилактики.
10. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Источники инфекции, пути передачи, восприимчивый коллектив.
11. Основные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Этиотропная и патогенетическая терапия.
12. Сепсис новорожденных. Пути инфицирования. Причины и механизм развития. Классификация и клиническая картина.
13. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств ребенка раннего возраста. Врожденные безусловные рефлексы.
14. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Влияние среды, режима и воспитания на нервно-психическое развитие.
15. Особенности объективного осмотра ребенка. Значение общего осмотра и физикального обследования в диагностическом поиске.
16. Преимущества естественного вскармливания и его значение для нормального развития ребенка.
17. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность. Современные требования к режиму и питанию беременной и кормящей женщины.
18. Сроки первого прикладывания ребенка к груди. Состав и калорийность молозива и зрелого женского молока.

19. Техника проведения естественного вскармливания. Способы определения суточного количества молока, необходимого ребенку. Суточная потребность в основных ингредиентах питания и калориях при естественном вскармливании.
20. Затруднения и противопоказания к прикладыванию и кормлению ребенка грудью со стороны матери и ребенка, меры их предупреждения и устранения.
21. Качественные и количественные отличия зрелого женского молока от коровьего. Соотношение основных ингредиентов в грудном и коровьем молоке.
22. Недостаточность лактации (гипогалактия). Причины развития гипогалактии у кормящих женщин. Её виды и степень, методы диагностики, профилактики и лечения.
23. Прикорм. Методика и сроки введения при различных видах вскармливания.
24. Искусственное вскармливание. Определение понятия. Показания к переводу на смешанное и искусственное вскармливание. Основные правила искусственного вскармливания.
25. Смешанное вскармливание. Определение понятия, показания к переводу на смешанное вскармливание. Правила его проведения.
26. Классификация и характеристика смесей, используемых при смешанном и искусственном вскармливании.
27. Адаптированные молочные смеси: характеристика, классификация. Основные лечебные смеси. Молочно - кислые смеси, используемые при искусственном вскармливании, их достоинства и недостатки.
28. Физическое развитие ребенка. Факторы, влияющие на физическое развитие. Законы нарастания массы и длины тела. Пропорции тела ребенка. Понятие о биологическом возрасте.
29. Оценка физического развития ребенка. Семиотика нарушений роста и развития. Проблемы акселерации и децелерации.
30. Анатомо - физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей.
31. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей. Семиотика основных проявлений.
32. Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Сроки закрытия родничков, появления ядер окостенения, сроки и порядок прорезывания зубов.
33. Методика исследования костной и мышечной систем. Семиотика основных проявлений.
34. Анатомо - физиологические особенности системы кровообращения у детей. Кровообращение плода. Границы сердца у детей. Пульс и артериальное давление у детей в различные возрастные периоды.
35. Методика исследования и семиотика заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей.
36. Формула периферической крови у детей в различные возрастные периоды. Методика исследования системы кроветворения.
37. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у детей.
38. Методика исследования и семиотика заболеваний мочевой системы у детей. Сбор мочи у детей раннего возраста.
39. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Характеристика секреторной и моторной функций желудка. Состав кишечной флоры новорожденного и грудного ребенка в зависимости от вида вскармливания.
40. Методика исследования органов пищеварения у детей. Семиотика основных проявлений. Диагностическое значение осмотра полости рта и зева ребенка.
41. Особенности иммунологических реакций в детском возрасте. Активный и пассивный иммунитет. Врожденный и приобретенный иммунитет.

42.Прививочный календарь.

43.Абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. 44Подготовка и вакцинация детей из «групп риска».

45.Поствакцинальные реакции у детей и их предупреждение..

46. Организация работы детской поликлиники.

47.Функциональные обязанности участкового педиатра.

48.Основные разделы профилактической работы педиатра на участке.

49.Наблюдение за здоровыми новорожденными и детьми 1 года жизни на педиатрическом участке.

50.Диспансерное наблюдение здоровых детей старше года.

51.Подготовка документов к поступлению в дошкольное детское учреждение и школу.

52.Диспансеризация подростков.

## **10 семестр**

1.Аномалии конституции (диатезы). Экссудативно – катаральный, атопический диатезы. Основные проявления и особенности диспансерного наблюдения.

2. Аномалии конституции (диатезы). Лимфатикогипопластический и нервно-артритический. Основные проявления и особенности диспансерного наблюдения.

3. Причины и предрасполагающие факторы развития рахита. Современные представления об обмене кальция и фосфора, метаболизме и значении витамина Д. Патогенез рахита.

4.Классификация рахита. Клинические проявления рахита в различные периоды заболевания.

5.Лечение рахита. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита.

6Гипервитаминоз Д: причины развития, клиника, методы профилактики и терапии.

7.Железодефицитные анемии. Определение понятия, причины и механизмы развития.

8.Классификация железодефицитных анемий. Ведущие клинические синдромы.

9.Методы лечения и профилактики железодефицитных состояний.

10.Современные представления о этиологии и патогенезе хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта. Проблема хеликобактериоза.

11.Клинические проявления хронического гастрита, гастродуоденита в детском возрасте.

12.Клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК. Осложнения.

13.Современные методы диагностики хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

14.Принципы лечения хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

15.Причины и виды дискинезий желчевыводящих путей, их клинические проявления.

16.Принципы лечения и профилактики дискинезий желчевыводящих путей.

17.Тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез синдрома кровоточивости. Клинические проявления.

18.Лечение тромбоцитопенической пурпуры. Диспансерное наблюдение. Профилактика рецидивов.

19.Гемофилия «А» у детей. Роль наследственного фактора. Клиническая картина, осложнения. Диагностика.

20.Принципы лечения и диспансерного наблюдения детей с гемофилией. Неотложная терапия при носовых кровотечениях и травмах конечностей.

21.Геморрагический васкулит: этиопатогенез, классификация. Клинические проявления геморрагического васкулита.

22.Принципы лечения и профилактики геморрагического васкулита.

23. Факторы риска, этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей.
24. Классификация и диагностические критерии ОРЛ у детей.
25. Лечебные мероприятия (режим, диета, медикаментозная терапия) ОРЛ у детей. Профилактика рецидивов.
26. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ОРЛ.
27. Пневмонии у детей. Определение понятия. Этиологический спектр в возрастном аспекте. Понятие о вне- и внутрибольничных пневмониях. Патогенез.
28. Классификация и клиническая картина пневмоний в детском возрасте.
29. Этиотропная и синдромальная терапия пневмоний у детей.
30. Бронхиальная астма у детей. Морфологические изменения бронхиальной стенки. Современное представление об этиологии и патогенезе заболевания.
31. Классификация бронхиальной астмы в детском возрасте. Клиника приступного периода у детей раннего и старшего возраста.
31. Принципы лечения бронхиальной астмы у детей. Неотложная терапия в приступный период. Понятие о базисной терапии, основные лекарственные препараты.
32. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы с другими заболеваниями органов дыхания (пневмонии, инородные тела трахеи и бронхов, обструктивный бронхит вирусной этиологии).
33. Пиелонефриты у детей. Определение понятия, основные предрасполагающие факторы к развитию пиелонефрита. Этиология, патогенез.
34. Пиелонефриты у детей. Классификация, клиническая картина. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
35. Пиелонефриты у детей. Лечение в острый период, профилактика рецидивов. 36. Дифференциальный диагноз пиелонефрита и гломерулонефрита в детском возрасте.
37. Диспансерное наблюдение детей с пиелонефритами.
38. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология, патогенез.
39. Клинико-лабораторные признаки (экстраренальные, ренальные) гломерулонефрита
40. Лечение детей с острым постстрептококковым гломерулонефритом. Прогноз. Меры профилактики.
41. Организация и проведение проф. прививок. Календарь прививок.
42. Противопоказания к проведению проф. прививок.
43. Нормальное течение вакцинальных процессов.
44. Осложнения, связанные с проф. прививками, их лечение и профилактика.
45. Противоэпидемические мероприятия в условиях поликлиники и педиатрического участка.
46. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотрофиями и рахитом на участке.
47. Диспансерное наблюдение детей с дефицитными анемиями и эссудативным диатезом.
48. Основная медицинская документация педиатрического отделения поликлиник
49. Организация лечебной работы на участке. Патронаж больных на дому.
50. Диспансеризация детей с хронической пневмонией и бронхиальной астмой.
51. Диспансерное наблюдение детей с хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ЮРА,
52. Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритами и пиелонефритами.
53. Выделение детей в группы риска. Наблюдение за часто болеющими детьми и детьми, перенесшими острую пневмонию, ангину, ОРВИ.
55. Лечение и наблюдение детей с гельминтозами (энтеробиоз, аскаридоз, геминолепидоз). 56. Неотложная терапия приступа бронхиальной астмы и анафилактического шока в условиях педиатрического участка.
57. Неотложная терапия гипертермического и судорожного синдрома на участке.

58. Неотложная терапия при острой надпочечниковой недостаточности и нейротоксикоза у детей в условиях педиатрического участка.

59. Принципы наблюдения и терапии ОРВИ и острых бронхолегочных заболеваний у детей на участке (рекомендации ВОЗ).

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ****(рубежный, текущий, промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации имеющихся в задаче анализов и методов обследования	0-20
2	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-10
3	Правильность проведения дифференциальной диагностики с двумя заболеваниями	0-20
4	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-25
5	Правильность назначения и обоснование лечения	0-25
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА****(рубежный контроль, промежуточный контроль)**

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 процентов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ****(рубежный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМ А		10

1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		<b>50</b>
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
<b>ПРЕЗЕНТАЦИЯ</b>		<b>25</b>
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
<b>ДОКЛАД</b>		<b>15</b>
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84

В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис

Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части

2 Уместно используются разнообразные средства связи

3 При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и выражения своих мыслей пользуется упрощенно-примитивным языком.

1 Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует 60-74

теме реферата

2 В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно

3 Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части

4 Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи

5 При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего

курса

- 1 Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата 40 - 59
- 2 Деление текста на введение, основную часть и заключение
- 3 В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы
- 4 Выводы не вытекают из основной части
- 5 Средства связи не обеспечивают связность изложения материала
- 4 Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение
  
- 5 При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».

1	Работа написана не по теме	менее 40
---	----------------------------	----------

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАЩИТЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Доклад куратора о больном: общие сведения, жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, объективные данные при поступлении, динамика клинических данных (на день курации и разбора), особенности клинических данных	<b>0-20%</b>
2.	Предварительный диагноз.	<b>0-5%</b>
3.	План дополнительного обследования больного.	<b>0-10%</b>
4.	Обоснование диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) и расшифровка по принятым классификациям.	<b>0-10%</b>
5.	Дифференциальный диагноз основного заболевания.	<b>0-10%</b>
6.	Возможные осложнения.	<b>0-5%</b>
7.	Индивидуальные особенности этиологии, патогенеза (с объяснением отдельных синдромов), клинического течения заболевания у данного больного.	<b>0-10%</b>
8.	Основные звенья патогенетической терапии.	<b>0-10%</b>
	Особенности лечения данного больного (основного и сопутствующего заболевания, осложнений): а) этапное лечение (режим, диета, медикаментозные средства) б) посиндромная терапия в) объяснение механизма действия лекарственных средств г) расчетные дозы, курсы, интервалы, схемы	<b>0-20%</b>
<b>Всего баллов</b>		<b>сумма баллов</b>

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой (85-100) оценивается правильное выполнение методики соматического осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при оценке состояния здорового и больного ребенка, соблюдает этикодеонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой (70-84) оценивается правильное выполнение методики оценки показателей физического и нервно-психического развития у здорового ребенка, студент дает не полную трактовку полученным данным, демонстрирует методику исследования больного ребенка, дает не четкие рекомендации по ведению согласно полученной классификации состояния больного ребенка, диспансерному наблюдению в случае оценки состояния ребенка с рецидивирующей или хронической патологией, соблюдает этикодеонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой (60-69) оценивается выполнение методики соматического осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать рекомендации пациенту с острой, рецидивирующей или хронической патологией на амбулаторном этапе лечения, родителям по уходу за здоровым ребенком различного возраста, по организации питания не полные, соблюдает этико-деонтологические принципы.

Отметка (0-59) выставляется при не проведении методики соматического осмотра пациента, студент не демонстрирует навыки исследования физического, нервнопсихического развития детей, не может продемонстрировать методику исследования органов и систем, затрудняется давать рекомендации пациенту с острой, рецидивирующей или хронической патологией на амбулаторном этапе лечения, родителям по уходу за здоровым ребенком различного возраста, по организации питания не полные, соблюдает этико-деонтологические принципы, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ - (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

- «85-100%»
- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.
- «75-84%»
- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;

- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

**Технологическая карта дисциплины  
Специальность «Лечебное дело»  
Дисциплина «Педиатрия»**

**Курс 5, семестр 9, количество ЗЕ – 5, отчетность – зачет**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>9 семестр</b>					
<b>Раздел 1</b>					
Физическое и психомоторное развитие детей. АФО особенности нервной системы, кожи, ЖКТ, костномышечного аппарата, органов дыхания.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационные задачи, практические навыки, посещаемость (за пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	2/10
	Рубежный контроль	Тест.	2	5	
<b>Раздел 2</b>					
АФО органов кровообращения, кроветворения, мочевыделительной системы.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические ситуационные задачи, посещаемость (за пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	4/12
	Рубежный контроль	Тест.	2	5	
<b>Раздел 3</b>					
АФО органов пищеварения. Вскармливание новорожденных и детей раннего	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие	6	9	6/14

возраста.		снимается 1 балл).			
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи, защита рефератов.	2	5	
<b>Раздел 4</b>					
Неонатология .	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тесты, посещаемость(за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	8/16

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Дисциплина «Педиатрия» Курс 5, семестр 10, количество ЗЕ – 5, отчетность – экзамен**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачет - максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>10 семестр</b>					
<b>Раздел 6</b>					
Дефицитные состояния у детей(анемии, рахит, острое и хроническое нарушение питания).	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость(за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	24/35
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи.	2	5	
<b>Раздел 7</b>					
Заболевания органов дыхания.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки, ситуационные задачи, посещаемость(за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	26/37

	Рубежный контроль	Защита истории болезни.	2	5	
<b>Раздел 8</b>					
Сердечнососудистая патология, заболевания системы крови.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки, ситуационные задачи, посещаемость(за каждое и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	27/38
	Рубежный контроль	Тест.	2	5	
<b>Раздел 9</b>					
Заболевания желудочнокишечного тракта. Патология почек и эндокринной системы.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки, ситуационные задачи, посещаемость(за каждое и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	29/40
	Рубежный контроль	Тест, защита презентаций.	2	5	
<b>Раздел 10</b>					
Поликлиническая педиатрия.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационные задачи, посещаемость(за каждое и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	31/42
	Рубежный контроль	Защита рефератов.	2	5	
<b>Всего за семестр</b>			<b>40</b>	<b>70</b>	
<b>Промежуточный контроль (Экзамен)</b>	<b>Теоретическое задание; Ситуационная задача; Практические навыки.</b>		<b>20</b>	<b>30</b>	<b>32/43</b>
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине:</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.