



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

**Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского**

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДЕНО

Методическим советом педиатрического

факультета от 18.04.18, протокол №4

Председатель совета  А.П. Аверьянов

« 18 » 04 2018г.

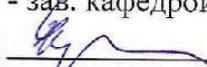
**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

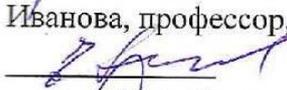
Специальность: 31.05.02 педиатрия

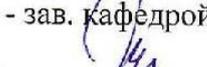
Квалификация: врач-педиатр

Саратов 2018

Разработчики ФОС:

- зав. кафедрой госпитальной педиатрии, профессор, д.м.н. Ю.В. Черненко


- зав. кафедрой инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова, профессор, д.м.н. Е.В. Михайлова


- зав. кафедрой хирургии детского возраста, профессор, д.м.н., И.В. Горемыкин


- доцент кафедры инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова, к.м.н. Д.Ю. Левин


СОГЛАСОВАНО:

Декан педиатрического факультета

д.м.н. доцент

 А.П.Аверьянов

ПАСПОРТ ФОС

№	Контролируемые дисциплины	Контролируемые компетенции	Кол-во тестовых заданий	Другие средства	оценочные
1.	Госпитальная педиатрия, поликлиническая и неотложная педиатрия, неонатология, фтизиатрия, иммунология, неврология, основы формирования здоровья детей, медицинская генетика, детская эндокринология, детская гематология, клиническая фармакология, инфекционные болезни у детей, детская хирургия	ОК1, ОК2, ОК3, ОК4, ОК5, ОК6, ОК7, ОК8, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ОПК5, ОПК6, ОПК7, ОПК8, ОПК9, ОПК10, ОПК11, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12, ПК13, ПК14, ПК15, ПК16, ПК17, ПК18, ПК19, ПК20, ПК21, ПК22	1000	Комплект кейс-заданий Станции для проверки практических навыков (ОСКЭ)	200 6
Всего 1206			1000		206

Матрица фонда оценочных средств

Компетенции	Виды контроля		
	Т	ОСКЭ	С
ОК 1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
<p>Знать приемы и методы анализа проблем научного познания, ориентироваться в решении основных проблем в различных сферах социума.</p> <p>Уметь обрабатывать экономическую информацию, использовать гуманитарные знания в профессиональной деятельности, индивидуальной и общественной жизни</p> <p>Владеть экономической терминологией, высокоразвитым научным мировоззрением.</p>			С
ОК 2	Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции		
<p>Знать приемы и методы анализа.</p> <p>Уметь обрабатывать теоретическую информацию.</p> <p>Владеть философско-мировоззренческой терминологией.</p>			С
ОК 3	Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции		
<p>Знать экономические мотивы поведения личности.</p> <p>Уметь использовать экономические знания в профессиональной деятельности.</p> <p>Владеть навыками использования экономических знаний в профессиональной деятельности.</p>	Т		С
ОК 4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, готовность нести социальную и этическую ответственность за принятые решения		
Знать о социальной и			

<p>этической ответственности за принятие собственных решений.</p> <p>Уметь отстаивать свою мировоззренческую позицию по вопросам социально-политической жизни; принимать самостоятельные решения в нестандартных бытовых и профессиональных ситуациях.</p> <p>Владеть навыками изложения самостоятельной точки зрения по вопросам исторического, политического и общественного развития.</p>			С
ОК 5	Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала		
<p>Знать способы и методы саморазвития, самореализации, самообразования.</p> <p>Уметь использовать творческий потенциал в работе будущего врача.</p>		ОСКЭ	С
ОК 6	Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности		
<p>Знать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.</p> <p>Уметь использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.</p>	Т	ОСКЭ	
ОК 7	Готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций		
<p>Знать основные принципы оказания медицинской помощи при терминальных состояниях СЛР у детей.</p> <p>Уметь оказывать первую врачебную помощь при клинической смерти.</p> <p>Диагностировать неотложные состояния у детей.</p> <p>Владеть базовым</p>	Т		

комплексом проведения СЛР, диагностикой неотложных состояний у детей.		ОСКЭ	
ОК 8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия		
Знать: этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности Уметь: применять этические и деонтологические принципы в своей работе Владеть: способами общения с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, детьми		ОСКЭ	С
ОПК 1	Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности		
Знать: принципы доказательной медицины Уметь: проводить поиск теоретической, научной информации. Владеть: практическими навыками врача-педиатра	Т	ОСКЭ	
ОПК 2	Готовность к коммуникации в устной и письменной формах для решения задач профессиональной деятельности		
Знать: грамматику, орфографию русского языка, медицинскую терминологию Уметь: грамотно излагать материал в устной и письменной форме Владеть: медицинской терминологией и лексикой, навыками выступления, оформления письменного сообщения, презентации		ОСКЭ	С С
ОПК 3	Способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности		
Знать экономические мотивы поведения личности Уметь использовать			

экономические знания в профессиональной деятельности. Владеть навыками использования экономических знаний в профессиональной деятельности			С
ОПК 4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности		
Знать: законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, правила врачебной этики; права и обязанности пациента и врача. Уметь: соблюдать врачебную тайну, применять законы и нормативные акты, регламентирующие работу врача Владеть: нормами этики и деонтологии в общении с пациентами и коллективом		ОСКЭ	С
ОПК 5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок		
Знать: законы и нормативные гражданско-правовые акты, общебиологические законы, особенности детского организма Уметь: провести анализ и оценку полученных данных. Владеть: принципами постановки диагноза, назначения обследования и терапии	Т	ОСКЭ	С
ОПК 6	Готовность к ведению медицинской документации		
Знать: виды медицинской документации стационара, требования к ее оформлению, сроки написания эпикризов, правила оформления больничных листов Уметь: выписать	Т		С

<p>больничный лист, обосновать диагноз, написать этапный и выписной эпикриз, оформить стат. талон</p> <p>Владеть: навыками оформления медицинской документации</p>		ОСКЭ	
ОПК 7	Готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач		
<p>Знать математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p> <p>Уметь проводить расчеты по результатам эксперимента, проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных</p>	Т		
ОПК 8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач		
<p>Знать: основные лекарственные средства, применяющиеся в педиатрии, их возрастную дозировку, показания, противопоказания, особенности взаимодействия препаратов.</p> <p>Уметь: назначить лекарственные препараты соответственно диагнозу, рассчитать дозу с учетом возраста и тяжести заболевания,</p> <p>Владеть: международными непатентованными наз- ваниями лекарственных средств, выпиской рецеп- тов</p>		ОСКЭ ОСКЭ	С
ОПК 9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических		

	состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач		
<p>Знать: морфофункциональные и физиологические особенности разных периодов детства, возрастную норму, патофизиологию клинических синдромов.</p> <p>Уметь: оценивать физиологические параметры детского организма, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов</p> <p>Владеть: способностью обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей с учётом их возрастнополовых групп</p>	Т	ОСКЭ	С
ОПК 10	Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи		
<p>Знать: основные принципы организации ухода за больными</p> <p>Уметь: оказывать первичную доврачебную медико-санитарную помощь</p>		ОСКЭ	
ОПК 11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи		
<p>Знать: основные медицинские изделия</p> <p>Уметь: применять медицинские изделия в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи</p> <p>Владеть: навыками использования основных медицинских изделий</p>		ОСКЭ	
ПК 1	Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье детей факторов среды их обитания		
Знать: влияние природных	Т		

<p>и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у детей и подростков.</p> <p>Уметь - использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у детей и подростков</p> <p>Владеть: способами коррекции, направленными на устранение неблагоприятных факторов, и проведения профилактических мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, а также санитарно - просветительной работы по гигиеническим вопросам.</p>			С
ПК 2	Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями		
<p>Знать: профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, в том числе заболеваний органов зрения, опорно-двигательного аппарата, нервно-психических расстройств, репродуктивного здоровья, социально значимых заболеваний, травматизма и других несчастных случаев, инвалидности детей</p> <p>Уметь: проводить общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учётом факторов риска среди детей и их родителей</p>	Т	ОСКЭ	С

<p>Владеть: методикой и навыком оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми, способами коррекции, направленными на устранение неблагоприятных факторов</p>			
<p>ПК 3</p>	<p>Способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>		
<p>Знать: порядок проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций</p> <p>Уметь: проводить противоэпидемические мероприятия по организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций</p> <p>Владеть: навыками проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций</p>	<p>Т</p>		<p>С</p>
<p>ПК 4</p>	<p>Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей</p>		
<p>Знать: современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации в медицине</p> <p>Уметь: оценивать показатели здоровья детского населения на уровне различных подразделений ЛПУ</p> <p>Владеть: методикой использования научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья детей</p>	<p>Т</p>		<p>С</p> <p>С</p>
<p>ПК 5</p>	<p>Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или</p>		

				установления факта наличия или отсутствия заболевания		
<p>Знать: основные патологические симптомы и синдромы соматических заболеваний, законы течения патологии по органам, МКБ10.</p> <p>Уметь: использовать алгоритм постановки диагноза, анализировать закономерности течения патологии.</p> <p>Владеть: навыками оказания первой врачебной помощи</p>	Т			ОСКЭ		С
ПК 6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей здравоохранения, г.Женева, 1989 г.					
<p>Знать: основные патологические симптомы и синдромы соматических заболеваний, законы течения патологии по органам, МКБ10.</p> <p>Уметь: использовать алгоритм постановки диагноза, анализировать закономерности течения патологии.</p> <p>Владеть: умением выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных состояний.</p>	Т			ОСКЭ		С
ПК 7	Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека					
<p>Знать: законодательство в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Нарушения в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности.</p>	Т					

<p>Показания к направлению детей с нарушениями в состоянии здоровья, приводящими к ограничению их жизнедеятельности в службу ранней помощи, службу паллиативной помощи, бюро медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания мед. помощи</p> <p>Уметь Собрать экспертный анамнез для проведения экспертизы временной нетрудоспособности.</p> <p>Определить показания к направлению ребенка в бюро медико-социальной экспертизы.</p> <p>Оценить состояния, требующие оказания паллиативной помощи.</p> <p>Оформлять документы при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности.</p> <p>Направлять детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в бюро медико-социальной экспертизы</p> <p>Владеть Законодательство в сфере охраны здоровья и</p>			
--	--	--	--

<p>нормативные правовые акты, определяющие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности.</p> <p>Нарушения в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности.</p> <p>Показания к направлению детей с нарушениями в состоянии здоровья, приводящими к ограничению их жизнедеятельности в службу ранней помощи, службу паллиативной помощи, бюро медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи</p>			
ПК 8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами		
<p>Знать: диагностические критерии патологических состояний.</p> <p>Уметь: провести опрос, осмотр ребенка, составить алгоритм обследования, написать историю болезни стационарного больного</p> <p>Владеть: навыками анализа и трактовки результатов клинического и лабораторно-инструментального обследования, принципами постановки диагноза, классификациями, принципами терапии</p>	Т	ОСКЭ	С
ПК 9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными		

	нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара		
<p>Знать современные принципы лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p> <p>Уметь установить диагноз и назначить лечение больному с наиболее распространенными заболеваниями</p> <p>Владеть навыками лечения пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	Т	ОСКЭ	С
ПК 10	Готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи		
<p>Знать: современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации в медицине</p> <p>Уметь: оценивать показатели здоровья детского населения и подростков на уровне различных подразделений ЛПУ</p> <p>Владеть: методикой использования научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья женщин, детей</p>	Т		С С
ПК 11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
<p>Знать: возрастные особенности детского организма, клиническую картину неотложных состояний</p> <p>Уметь: выявлять жизнеугрожающие состояния при соматических и инфекционных заболеваниях, травмах, «остром животе»</p> <p>Владеть: умением</p>	Т	ОСКЭ	С

<p>выявления показаний и правилами экстренной госпитализации, алгоритмом оказания неотложной медицинской помощи, выполнением плевральной пункции, транспортировкой пациента с травмой, иммобилизацией конечности</p>			
ПК 12	Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов		
<p>Знать ведение физиологической беременности, прием родов Уметь определить тактику ведения пациенток с физиологической беременностью.</p>			С
ПК 13	Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе к участию в медицинской эвакуации		
<p>Знать методы оказания медицинской помощи при ЧС, в том числе при медицинской эвакуации. Уметь оказывать медицинскую помощь при ЧС, при необходимости участвовать в медицинской эвакуации. Владеть навыками оказания медицинской помощи при ЧС, медицинской эвакуации.</p>	Т	ОСКЭ	С
ПК 14	Готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		
<p>Знать: показания и противопоказания к назначению реабилитационных мероприятий среди детей; организацию и проведение реабилитационных мероприятий среди детей Уметь: использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия</p>	Т		С С

Владеть: назначением основных средств реабилитации при различных заболеваниях у детей			
ПК 15	Готовность к обучению детей и их родителей (законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний		
Знать: принципы обучения детей и их родителей гигиеническому уходу, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей Уметь: проводить обучение детей и их родителей гигиеническому уходу, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей			С С
ПК 16	Готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни		
Знать: основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья детского населения; факторы риска заболеваний различных органов и систем организма Уметь: выявлять факторы риска развития заболеваний различных органов и систем организма Владеть: навыками проведения просветительской работы по устранению факторов риска заболеваний и формированию здорового образа жизни	Т		С С
ПК 17	Способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
Знать: основные принципы управления и организации	Т		С

<p>медицинской помощи населению, принципы диспансеризации</p> <p>Уметь: вычислять показатели оценки общественного здоровья и деятельности медицинских организаций</p>			
ПК 18	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей		
<p>Знать: основы применения статистического метода в медицинских исследованиях</p> <p>Уметь: оценивать показатели здоровья детского населения на уровне подразделений ЛПУ</p> <p>Владеть: методами анализа основных показателей оценки качества медицинской помощи</p>	Т		<p>С</p> <p>С</p>
ПК 19	Способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации		
<p>Знать методы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.</p>	Т		
ПК 20	Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины		
<p>Знать представление о медицинской информации на основе доказательной медицины.</p> <p>Уметь анализировать медицинскую информацию на основе доказательной медицины.</p>	Т		С
ПК 21	Способность к участию в проведении научных исследований		
<p>Владеть навыками проведения научных исследований, базовыми технологиями преобразования информации, поиск в сети Интернет</p>	Т		
ПК 22	Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан		
<p>Уметь использовать результаты внедрения новых методов и методик, направленных на охрану</p>			С

здоровья граждан, в медицинской практике			
---	--	--	--

T - тест

ОСКЭ - практические навыки

C – собеседование (кейс–задание)

Государственный междисциплинарный экзамен является трехэтапным и включает в себя:

- тестовый контроль;
- проверку практических умений (ОСКЭ);
- собеседование по разделам дисциплин (педиатрия, детская хирургия, детские инфекции) на основе решения кейс-заданий.

1) Тестирование

1 этап предполагает тестирование по пакету междисциплинарных тестовых заданий. Каждое тестовое задание содержит 100 тестовых вопросов

Испытание проводится одновременно в течение 3 часов.

Форма оценки знаний - «зачтено», «не зачтено» (зачётный уровень - 71% и выше). В случае если уровень правильных ответов будет 70% и ниже, аттестуемый не допускается к следующему этапу.

Пример тестовых заданий:

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ
(контролируемые компетенции ОПК 9, ПК5, ПК6)

- 1) инфильтрата более 5 мм
- 2) уколочной реакции (до 1 мм)
- 3) инфильтрата от 2 до 4 мм
- 4) гиперемии до 16 мм

СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ (контролируемые компетенции ОПК4, ПК1, ПК2)

- 1) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам

- 2) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения
- 3) клиническую лабораторию медицинского учреждения
- 4) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

ЭКСПРЕСС-ТЕСТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ *(контролируемые компетенции ОПК 9, ПК5, ПК6)*

- 1) манометрия
- 2) лабораторное определение газового состава крови
- 3) пульсоксиметрия
- 4) анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ *(контролируемые компетенции ОПК 5, ПК5, ПК6)*

- 1) рентгенологическая ирригография
- 2) ультразвуковое исследование толстой кишки
- 3) определение энзимов в кале
- 4) колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу

СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ *(контролируемые компетенции ПК5, ПК6, ПК9)*

- 1) 10 дней
- 2) 7 дней
- 3) 21 день
- 4) 26 дней

КОНЬЮНКТИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ _____ ИНФЕКЦИИ *(контролируемые компетенции ПК5, ПК6)*

- 1) хламидийной
- 2) токсоплазменной
- 3) микоплазменной
- 4) герпетический

Шкала оценивания:

0-69% правильных ответов – не зачтено

70% и выше - зачтено

2) Практические навыки (ОСКЭ) включают в себя: оценку по чек-листам выполненных в режиме симуляции практических навыков по 6 станциям.

Например, станция «Остановка кровообращения у пациента (посетителя) в амбулаторно - поликлинической практике (помещении аптеки, эпидемиологической службы и т.п.)». *Контролируемые компетенции ПК10, ПК11.*

Оценка проводится согласно процедуре аккредитации с видеофиксацией, один из экзаменаторов управляет всеми электронными устройствами - тренажер, камера, оценочный лист (чек-лист), второй визуально наблюдает за действиями, даёт обратную связь.

Форма оценки знаний - «зачтено», «не зачтено» (зачётный уровень - 71% и выше). В случае если количество правильных ответов по чек-листу будет 70% и ниже, аттестуемый не допускается к следующему этапу.

3) Собеседование

Собеседование проводится по расписанию в 2-3 дня по экзаменационным группам. Каждый аттестуемый отвечает на 3 ситуационные задачи по разделам: педиатрия, детские инфекции, детская хирургия.

Каждая задача содержит 3 вида информации: *вводную, дополнительную, заключительную.*

Вводная информация о пациенте позволяет диагностировать ведущий синдром и определить круг заболеваний, при которых этот синдром развивается у детей. В связи с этим, от аттестуемого требуется знание патогенеза данного синдрома и перечень заболеваний, протекающих с этим синдромом.

Дополнительная информация о пациенте позволяет более конкретно предположить тот или иной диагноз и определить план обследования больного с выбором методов дополнительного обследования, необходимых для подтверждения или снятия предположительного диагноза.

В заключительной информации представлены результаты проведённого обследования, на основании которых будет подтверждён окончательно или отвергнут предположительный диагноз.

Примеры ситуационных задач:

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 (контролируемые компетенции ПК1, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК14, ПК22)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л.

Серологическое исследование АТ к тканевой трансглутаминазе: IgA – 38 АУ/мл; IgG – 10 АУ/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 (контролируемые компетенции ПК1, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК14, ПК22)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно

, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Папа ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×10^9 /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-1 в п/з, эритроциты -5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 (контролируемые компетенции ПК1, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК14, ПК22)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.).

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ: печень - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 60×20мм (норма 53×22мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезёнка - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Шкала оценивания:

Критерии оценки знаний на этапе собеседования:

оценка «**отлично**» выставляется:

- если выпускник правильно ответил на все поставленные к задаче вопросы, показав при этом глубокие знания смежных клинических и медико-биологических дисциплин.

оценка «**хорошо**» выставляется:

- если аттестуемый правильно ответил на все поставленные к задаче вопросы, но перечислил не все заболевания, при которых встречается данный синдром;
- провел в неполном объёме дифференциальный диагноз;
- допустил неточности в формулировке диагноза;
- допустил неточности в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объёме обследования больного;

- допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объёме комплекса лечебных мероприятий.

оценка «удовлетворительно» выставляется:

если аттестуемый правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания. Допустимо, если аттестуемый ответил на затруднительные для него вопросы с помощью наводящей информации экзаменаторов (не более 30%).

оценка «неудовлетворительно» ставится если выпускник:

- не смог определиться с правильной постановкой окончательного диагноза;
- допустил ошибки при оказании неотложной помощи конкретному больному;
- затруднялся в дифференциальной диагностике, плана дополнительных методов исследования и оценки их результатов, а также тактике ведения больного;
- дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора не дали положительного результата.

Тестовые задания

ВАРИАНТ - П-1

1. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРИЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ ___%

- 1) 2
- 2) 12
- 3) 5
- 4) 15

2. РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) инфильтрата более 5 мм
- 2) уколочной реакции (до 1 мм)
- 3) инфильтрата от 2 до 4 мм
- 4) гиперемии до 16 мм

3. ЭКСПРЕСС-ТЕСТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) манометрия
- 2) лабораторное определение газового состава крови
- 3) пульсоксиметрия
- 4) анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенологическая ирригография
- 2) ультразвуковое исследование толстой кишки
- 3) определение энзимов в кале
- 4) колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу

5. КОНЪЮНКТИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ _____ ИНФЕКЦИИ

- 1) хламидийной
- 2) токсоплазменной
- 3) микоплазменной
- 4) герпетический

6. СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 10 дней
- 2) 7 дней
- 3) 21 день
- 4) 26 дней

7. СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам
- 2) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения

- 3) клиническую лабораторию медицинского учреждения
- 4) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

8. ДЕФЕКАЦИЯ СТАНОВИТСЯ ПРОИЗВОЛЬНЫМ УПРАВЛЯЕМЫМ АКТОМ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 12
- 2) 24
- 3) 6
- 4) 30

9. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) разрыв стенки сердца
- 2) повышение проницаемости стенки сосуда
- 3) разрыв стенки сосуда
- 4) разъедание стенки сосуда

10. ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ЭТО

- 1) гемолитико-уремический синдром
- 2) агенезия или гипоплазия почек
- 3) хронический и подострый гломерулонефрит
- 4) капилляротоксический и волчаночный нефрит

11. РИНОФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) парагриппа
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) РС-инфекции
- 4) гриппа

12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) времени кровотечения
- 2) пламиногена
- 3) количества D-димеров
- 4) времени свертываемости

13. ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ

- 1) выраженность изменений на рентгенограмме
- 2) отсутствие необходимости в госпитализации больного
- 3) тяжесть состояния больного
- 4) условия, в которых произошло инфицирование

14. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО СОЛЕДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
- 2) рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
- 3) высокая лихорадка, отеки, гематурия
- 4) адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия

15. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ВЫБИРАТЬ ЗЛАКОВЫЕ КАШИ

- 1) молочные
- 2) глютеносодержащие
- 3) без молока и клейковины
- 4) многокомпонентные

16. СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОРЗ _____ И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

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

17. КАКИЕ СРЕДСТВА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕНИНГИТЕ У ДЕТЕЙ?

- 1) жаропонижающие средства – анальгин 50% - 0,1 мл на год жизни ребенка, папаверин 2% - 0,3 мл/ на год жизни, новокаин 0,25% -1,0
- 2) гормональные средства – преднизолон - 2 мг/кг в/м или в/в
- 3) антибактериальные средства – пенициллина натриевая соль 300 мг/кг в сутки
- 4) противоотечные средства – лазикс 1-2 мг/кг в/м или сульфат магния 25% по 1 мл/год жизни в/м

18. МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ

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

19. ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

- 1) развития отека мозга
- 2) нарастания гематомы
- 3) развития отека легких
- 4) нарастания внутричерепного давления

20. ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ККАЛ/КГ/СУТКИ

- 1) 120
- 2) 115
- 3) 110
- 4) 100

21. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 : 2
- 2) 1 : 2

3) 1,5 : 1

4) 1 : 1,5

22. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЧАЩЕ ВВОДИТСЯ

1) внутривенно

2) перорально

3) внутримышечно

4) внутривульварно

23. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

1) среднетяжелая персистирующая

2) тяжелая персистирующая

3) легкая интермиттирующая

4) легкая персистирующая

24. ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРОВОДИТСЯ

1) в первые дни жизни

2) в 3 месяца

3) в 1 год

4) в 6 месяцев

25. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ

1) 14-20 дней

2) 11-21 день

3) 7-10 дней

4) 7-15 дней

26. КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ?

- 1) высокая кислотность (рН ниже 2)
- 2) низкая кислотность (рН выше 4)
- 3) кислотность обусловлена соляной кислотой
- 4) высокая протеолитическая активность

27. РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в 6 лет
- 2) в 2 года
- 3) в 5 лет
- 4) в 10 лет

28. НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО СРЕДИННОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ РАССТОЯНИЯ ОТ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА ДО ПУПКА

- 1) середины
- 2) верхней четверти
- 3) нижней трети
- 4) верхней трети

29. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) влажные разнокалиберные хрипы в легких
- 2) набухание яремных вен
- 3) брадикардию
- 4) расширение границ относительной сердечной тупости вправо

30. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) макролиды
- 2) цефалоспорины 1-2 поколений
- 3) полусинтетические пенициллины

4) аминогликозиды

31. КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ?

- 1) ультразвуковое исследование лимфоузла
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) компьютерная томография грудной клетки
- 4) биопсия лимфоузла

32. ПРИ КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У РЕБЕНКА ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

- 1) гастродуоденоскопии
- 2) радиоизотопного исследования
- 3) колоноскопии
- 4) ирригографии

33. КАКАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ НОРМАЛИЗУЕТСЯ СПОНТАННО?

- 1) нейrogenная
- 2) метаболическая
- 3) посттрансфузионная
- 4) злокачественная

34. ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) смещение левой границы сердца кнаружи
- 2) смещение правой границы сердца
- 3) повышение систолического артериального давления
- 4) отсутствие смещения границ сердца

35. В ТЕРАПИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ВКЛЮЧЕНА СХЕМА

- 1) висмута субцитрат + ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
- 2) ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
- 3) ингибитор протонной помпы + висмута субцитрат + джозамицин

4) ингибитор протонной помпы + метронидазол + тетрациклин + висмутасубцитрат

36. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В КОМПЛЕКС НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВХОДИТ

- 1) введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 2) введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 3) введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 4) оксигенотерапия, введение анальгетиков, адреналина, глюкокортикоидов внутривенно

37. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ _____ МЕ

- 1) 500 – 1000
- 2) 2000 – 4000
- 3) 5000
- 4) 400 – 500

38. У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отек мозга
- 2) перивентрикулярная лейкомаляция
- 3) менингоэнцефалит
- 4) субдуральное кровоизлияние

39. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ

- 1) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
- 2) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
- 3) некроз кожи
- 4) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании

40. К ЧЕТВЕРТОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

- 1) здоровых, ранее закаливаемых
- 2) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
- 3) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
- 4) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации

41. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА МВТР (ТРАНСМЕМБРАННОГО РЕГУЛЯТОРА МУКОВИСЦИДОЗА) В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) N1303K
- 2) 2143 delT
- 3) W1282 X
- 4) delF 508

42. КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА?

- 1) обзорную рентгенографию
- 2) бронхографию
- 3) бронхоскопию
- 4) компьютерную томографию

43. БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д

- 1) способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта
- 2) увеличивает продукцию паратгормона
- 3) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
- 4) повышает уровень щелочной фосфатазы крови

44. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ

- 1) проведения оксигенотерапии
- 2) адекватного обезболивания
- 3) ликвидации дефицита ОЦК
- 4) проведения искусственной вентиляции легких

45. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САУНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВОЗМОЖНО

- 1) для здоровых детей, имеющих опыт закаливания контрастными процедурами
- 2) при отсутствии противопоказаний по состоянию здоровья, при сокращении времени пребывания, при снижении температуры воздуха
- 3) для детей среднего и старшего школьного возраста, при определенном времени пребывания, в присутствии родителей
- 4) при таких же условиях, как и для взрослого населения

46. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) антибактериальная
- 2) противовоспалительная
- 3) иммуносупрессивная
- 4) спазмолитическая

47. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) глухость сердечных тонов
- 2) длительная стойкая тахикардия
- 3) нерегулярный сердечный ритм
- 4) дующий систолический шум в сердце

48. БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- 1) хронической ревматической болезнью сердца
- 2) вегетативной дисфункцией
- 3) заболеваниями соединительной ткани
- 4) гломерулонефритом

49. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ

- 1) Кера
- 2) Аркавина

3) Филатова

4) Брудзинского

50. ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ДОШКОЛЬНИКОВ ХАРАКТЕРНО _____ ДЫХАНИЕ

1) жесткое

2) везикулярное ослабленное

3) усиленное бронхиальное

4) пуэрильное

51. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

1) потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок

2) кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок

3) сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка

4) клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения

52. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К _____ ЖИЗНИ

1) 4-5 дню

2) 7-10 дню

3) 3-4 неделе

4) 5-6 неделе

53. РЕБЕНОК 6 МЕСЯЦЕВ, БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ЕДЫ, СТУЛ ПО ТИПУ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ». НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

1) острый аппендицит

2) перитонит

3) инвагинация

4) вирусный гастроэнтерит

54. ПРИ 3-Х РАЗОВОМ ПИТАНИИ ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛОРИЙНОСТИ ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1) 30–45–25
- 2) 15–50–35
- 3) 20–60–20
- 4) 25–50–25

55. ДЛЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И

- 1) язвенный энтероколит, холестатический гепатит
- 2) гемолитическая анемия, тромбоцитопения
- 3) гемолитическая анемия, респираторный дистресс-синдром
- 4) холестатический гепатит, гемолитическая анемия

56. КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ С ДЕТЬМИ, НЕ ПРИВИТЫМИ ПРОТИВ КОРИ?

- 1) вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным
- 2) назначить интерферон
- 3) назначить антибиотики
- 4) вакцинировать до 10 дня с момента изоляции больного

57. ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

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

58. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ (ДИАБЕТИЧЕСКОЙ) КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефицит инсулина
- 2) дефицит глюкагона

3) избыток глюкагона

4) избыток инсулина

59. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

1) появление прослеживания взором за движущимся предметом

2) длительное прослеживание взором за предметами

3) рассматривание предметов и лиц

4) отсутствие фиксации и прослеживания взором

60. С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

1) Нечипоренко

2) Сулковича

3) Швахмана

4) Зимницкого

61. МЕХАНИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) введение в рану антибиотиков

2) иссечение и рассечение раны

3) дренирование раны

4) применение лучевой энергии

62. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОРИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ФОРМА

1) 079/y

2) 089/y

3) 058/y

4) 090/y

63. РЕБЕНКА С АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ БАРОТРАВМОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ

1) в горизонтальном положении на спине

- 2) вертикально
- 3) на боку
- 4) сидя

64. ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН НА

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

65. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ателектаз
- 2) пневмоторакс
- 3) абсцесс
- 4) булла

66. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБОСНОВАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефицит протромбина и проконвертина
- 2) дефицит I, XII факторов
- 3) дефицит I, II, III факторов
- 4) дефицит X, XII факторов

67. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ РИТМ

- 1) 130 в минуту, регулярный, узкий QRS
- 2) 150 в минуту, регулярный, узкий QRS
- 3) 160 в минуту, регулярный, резко деформирован QRS
- 4) более 180 в минуту, регулярный, узкий QRS

68. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ИЛИ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ

- 1) С
- 2) А
- 3) G
- 4) В

69. ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ХАРАКТЕРНО ОБЛАМЫВАНИЕ ВОЛОС НА УРОВНЕ

- 1) 2–3 мм
- 2) 6–8 мм
- 3) кожи
- 4) разном

70. К ТРАНЗИТОРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) глотательный
- 2) корнеальный
- 3) сосательный
- 4) зрачковый

71. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

- 1) 110-115
- 2) 100-110
- 3) 120-140
- 4) 140-160

72. КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ?

- 1) имеют мягко-эластическую консистенцию
- 2) пальпируются 5-6 групп

- 3) имеют плотную консистенцию
- 4) пальпируются в каждой группе с одной стороны до 5-6

73. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение содержания железа
- 2) снижение содержания железа
- 3) удаление из организма излишков свободного билирубина
- 4) удаление из организма излишков связанного билирубина

74. К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) сердечная недостаточность
- 2) почечная недостаточность
- 3) персистирующая легочная гипертензия
- 4) септический шок

75. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) аномалии развития органов мочевой системы
- 2) пиелонефрите
- 3) гломерулонефрите
- 4) тубуло-интерстициальном нефрите

76. ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ

- 1) низкое содержание железа
- 2) высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
- 3) высокий уровень белка
- 4) низкое содержание углеводов

77. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стеноз легочной артерии
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) открытый артериальный проток
- 4) стеноз аорты

78. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- 1) артралгия
- 2) полиартрит
- 3) увеличение СОЭ
- 4) увеличение СРБ

79. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НАЗНАЧАЮТ

- 1) ингибиторы протонной помпы, прокинетики, гастропротекторы, антибиотики
- 2) ингибиторы протонной помпы, прокинетики и корректоры моторики, антациды
- 3) сорбенты, желчегонные препараты, спазмолитики
- 4) нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды

80. СРОК ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) весь острый период плюс 5 дней с момента последних высыпаний
- 2) 21 день от момента появления сыпи
- 3) 7 дней от начала заболевания
- 4) 5 дней от начала высыпаний, при осложнениях – 10 дней

81. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зрелость терморегуляции
- 2) низкая интенсивность дыхательной функции
- 3) слабо выраженная защитная функция
- 4) сниженная резорбционная функция

82. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ

- 1) гломерулонефрит, ревматизм
- 2) острые вялые параличи
- 3) менингит, менингоэнцефалит
- 4) гепатит, цирроз печени

83. У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) нарастание интенсивности после нагрузки
- 2) усиление шума в вертикальном положении
- 3) непродолжительный характер шума
- 4) проведение его на сосуды шеи

84. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦНС ВЫСТУПАЕТ

- 1) трахеотомия
- 2) кислородотерапия и ИВЛ
- 3) интубация трахеи
- 4) актовегин в/в

85. ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

- 1) заболеваний печени
- 2) тромбоцитопатий
- 3) почечной патологии
- 4) анемии

86. ДЛЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) склонность к гипертермии
- 2) белый дермографизм
- 3) тахикардия

4) мраморность кожи

87. ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) пневмония, отит

2) сеприцемия, нефрит

3) менингит, менингоэнцефалит

4) миокардит, полирадикулоневрит

88. К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ «ПУЛЬМОЗИМ»?

1) муколитики

2) антибиотики

3) сердечные гликозиды

4) ингаляционные стероиды

89. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КАВАСАКИ ОТСУТСТВУЮТ ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ

1) амоксициллина

2) ацетилсалициловой кислоты

3) внутривенного иммуноглобулина

4) метилпреднизолона

90. КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОТЕКАЕТ

1) в легкой форме

2) с обструктивным синдромом

3) с развитием апноэ

4) с синдромом крупа

91. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1) отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания

- 2) акроцианозе и судорогах
- 3) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
- 4) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст.

92. НАИБОЛЬШИЕ СУТОЧНЫЕ ЭНЕРГОТРАТЫ ПРОИСХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1) 13-15
- 2) 1-3
- 3) 6-9
- 4) 10-12

93. ДЕВОЧКА 7 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ С ЖАЛОБАМИ НА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ОТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, СНИЖЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ, УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО РЕБЕНОК 2 НЕДЕЛИ НАЗАД ПЕРЕНЕС ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ. КАКОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) острый пиелонефрит
- 2) острый миокардит, острая левожелудочковая сердечная недостаточность
- 3) острый гломерулонефрит, острая почечная недостаточность
- 4) мочекаменная болезнь

94. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) коарктация аорты
- 2) паренхиматозное заболевание почек
- 3) эссенциальная артериальная гипертензия
- 4) стеноз почечных артерий

95. ПРИ ГИПОТРОФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) повышение тургора тканей
- 2) снижение тургора тканей
- 3) повышение эластичности кожи
- 4) повышение ломкости капилляров кожи

96. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ

- 1) на животе
- 2) на разгибательных поверхностях конечностей
- 3) на спинке носа, щеках
- 4) в межпальцевых промежутках

97. К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ

- 1) анемию, желтуху, тромбоцитопению
- 2) анемию, желтуху, спленомегалию
- 3) анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию
- 4) желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга

98. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 35
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 15

99. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) С3-С4
- 2) С4-С5
- 3) С2-С3
- 4) С6-С7

100. ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов
- 2) увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки
- 3) увеличением паховых лимфоузлов

4) увеличением затылочных лимфатических узлов

ВАРИАНТ - П-2

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стеноз почечных артерий
- 2) коарктация аорты
- 3) паренхиматозное заболевание почек
- 4) эссенциальная артериальная гипертензия

2. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) лейкоцитозом
- 2) полиурией
- 3) внутрисосудистым свертыванием крови
- 4) гипернатриемией

3. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) галактоземия
- 2) фенилкетонурия
- 3) целиакия
- 4) первичная лактазная недостаточность

4. В ОТЧЕТЕ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ О

- 1) количестве противоэпидемических мероприятий, числе травм, несчастных случаев и отравлений

- 2) проведенных профилактических прививках за год, уровне инфекционной заболеваемости
- 3) деятельности организации здравоохранения по социально-правовым вопросам
- 4) количестве направлений детей в санатории-профилактории

5. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО?

- 1) рожистое воспаление
- 2) «Монголоидное пятно»
- 3) кальциноз
- 4) адипонекроз

6. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) искусственная вентиляция легких 100% O₂
- 2) введение антидота внутривенно
- 3) гипербарическая оксигенация
- 4) обменное переливание крови

7. СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА (МЕС)

- 1) 12-18
- 2) 18-24
- 3) 7-9
- 4) 10-11

8. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ III СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) атриовентрикулярная диссоциация
- 2) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
- 3) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- 4) выпадение комплекса QRS

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

- 1) кожные пробы
- 2) бронхоскопию
- 3) компьютерную томографию
- 4) бронхографию

10. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) шум трения плевры
- 2) увеличение селезенки
- 3) расширение границ относительной сердечной тупости влево
- 4) экстрасистолию

11. РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕРЕБЕНКА, С УМЕНЬШЕНИЕМ ТОНУСА КОНЕЧНОСТЕЙ, К КОТОРЫМ ОБРАЩЕНО ЛИЦО И ПОВЫШЕНИЕМ ТОНУСА ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- 1) асимметричный шейный тонический
- 2) лабиринтный тонический
- 3) симметричный шейный тонический
- 4) туловищная выпрямительная реакция

12. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО

- 1) в положении на спине
- 2) после идентификации яда
- 3) после интубации трахеи
- 4) в положении на боку с опущенной головой

13. ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 2-3 месяцев
- 2) 10-11 дней
- 3) 4-5 дней
- 4) 5-6 месяцев

14. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ У ДЕТЕЙ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА, ИЛИ НАРАСТАНИЕ РЕАКЦИИ НА ФОНЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НА 6 ММ И БОЛЕЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) анергией
- 2) виражом
- 3) гипозэргией
- 4) гиперэргией

15. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ВОЗНИКАЮТ

- 1) в течение нескольких дней, толчкообразно
- 2) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день - на туловище, на 3-й день - на конечностях
- 3) одновременно
- 4) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, на 3-й день болезни - на конечностях, на 4 день – на ладонях

16. СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л

- 1) 90 – 110
- 2) 70 – 90
- 3) 120 – 140
- 4) менее 70

17. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) тахикардия, боль за грудиной, изжога, тошнота после приема пищи
- 2) рвота цвета «кофейной гущи», черный дегтеобразный стул, интенсивные боли в эпигастральной области
- 3) отрыжка, симптом «мокрого пятна», боль за грудиной
- 4) интенсивный характер ночной и «голодной» боли, неустойчивость стула, склонность к запорам

18. АНТИМОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК

- 1) узкая глазная щель

- 2) опущенные внутренние углы глазных щелей
- 3) полулунная складка у внутреннего угла глаза
- 4) опущенные наружные углы глазных щелей

19. В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) гранулемы Ашоффа-Талалаева
- 2) волчаночные клетки
- 3) клетки Гоше
- 4) клетки Березовского-Штернберга

20. ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ

- 1) продуктов, богатых пуринами
- 2) жиров
- 3) продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами
- 4) глютеносодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами

21. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОЗВОЛИТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВРОЖДЕННЫЙ СВИЩ ПУПКА?

- 1) гнойное отделяемое из пупочной ранки
- 2) пальпация пупочных сосудов
- 3) длительное, более 3-х недель мокнутие пупочной ранки
- 4) субфебрилитет

22. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ

- 1) 5-7
- 2) 2-3
- 3) 8-10
- 4) 10-15

23. ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ _____ МЛ/СУТКИ

- 1) 1000
- 2) 800
- 3) 1200
- 4) 1400

24. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая почечная недостаточность
- 2) непереносимость йода
- 3) непереносимость белков коровьего молока
- 4) нарушение концентрационной способности почек

25. ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) диклофенака
- 2) анальгина
- 3) парацетамола
- 4) ацетилсалициловой кислоты

26. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) гипергидроз ладоней и стоп
- 2) склонность к ацидозу
- 3) тенденцию к лимфоцитозу
- 4) боли в животе, склонность к метеоризму

27. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) болезнью Сокольского – Буйо
- 2) синдромом Шерешевского – Тернера
- 3) болезнью Толочинова – Роже
- 4) синдромом Картагенера

28. ОБНАРУЖЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ЭПШТЕЙНА-БАРРА В СЛЮНЕ

- 1) является патогномичным признаком острой симптоматической инфекции
- 2) требует начала специфической противовирусной терапии
- 3) указывает на репликацию вируса в лимфатических узлах
- 4) возможно в различные сроки после инфицирования

29. В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИНДИКАТОРОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение прямого билирубина
- 2) повышение щелочной фосфатазы
- 3) понижение непрямого билирубина
- 4) понижение щелочной фосфатазы и повышение непрямого билирубина

30. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ

- 1) артрит, ассоциированный с энтезитами
- 2) псориаз у родственников первой линии
- 3) перемежающуюся, летучую, эритематозную сыпь
- 4) постоянную, обильную папулезную сыпь

31. КАКАЯ ЧАСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧШЕ РАЗВИТА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА?

- 1) экзокринная
- 2) тело
- 3) хвост
- 4) эндокринная

32. С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) проба Макклюра – Олдрича
- 2) проба Сулковича
- 3) проба Зимницкого

4) анализ Аддиса – Каковского

33. ОПТИМАЛЬНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДВУСТОРОННЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА АУГМЕНТИН ПРИНИМАТЬ

- 1) во время еды
- 2) за 30 минут до еды
- 3) через 1-2 часа после еды
- 4) независимо от приема пищи

34. СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на лице, туловище с концентрацией в естественных складках кожи
- 2) повсеместно, включая слизистые и волосистую часть головы
- 3) на лице вокруг рта, на руках и ногах
- 4) в области суставов, кистей, стоп

35. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

- 1) беременным женщинам и детям раннего возраста
- 2) только беременным женщинам
- 3) семье, имеющей детей среднего возраста
- 4) семье, имеющей детей раннего возраста

36. ПИТЬ ИЗ ЧАШКИ, КОТОРУЮ ДЕРЖИТ ВЗРОСЛЫЙ, РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 7-8
- 2) 3-4
- 3) 15-18
- 4) 24-27

37. БОРОЗДОЙ ФИЛАТОВА-ГАРРИСОНА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) деформация грудной клетки вследствие нарушения осанки

- 2) ладьевидное углубление в области прикрепления диафрагмы
- 3) западание в области грудины
- 4) углубление в месте прикрепления мечевидного отростка

38. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ

- 1) 4-5 баллов
- 2) 5-7 баллов
- 3) 3 балла и менее
- 4) 8-10 баллов

39. К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ КОЛЛАПСЕ ОТНОСЯТ

- 1) спазмолитики, анальгетики
- 2) преднизолон в/м или в/в, мезатон в/м, реополиглюкин в/в капельно
- 3) оксигенотерапию
- 4) антибактериальную терапию, адреналин в/в

40. ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОЧАГЕ КРАСНУХА ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ

- 1) трансмиссивным
- 2) пищевым
- 3) контактно-бытовым
- 4) воздушно-капельным

41. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возникновение первичной ЦМВИ во время беременности
- 2) реактивация латентной инфекции
- 3) персистенция других герпесвирусных инфекций
- 4) применение гормональной терапии у беременной

42. ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ МАССО-РОСТОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ, РАВНЫЙ

- 1) 60-65
- 2) 55-60
- 3) 45-50
- 4) 50-55

43. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) аспирационном синдроме
- 2) диафрагмальной грыже
- 3) болезни гиалиновых мембран
- 4) врожденном пороке сердца

44. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА РЕБЕНКА В ШОКОВОМ СОСТОЯНИИ НА ИВЛ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) судорожный синдром
- 2) гипотензия ниже 70 мм рт.ст., не поддающаяся терапии в течение 30 минут
- 3) потеря сознания
- 4) гипертермия

45. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ацидофильные палочки
- 2) кишечные палочки
- 3) энтерококки
- 4) бифидум-бактерии

46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 60 МГ/М²/С ПРИ ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6 недель
- 2) 3 недели

3) 2 недели

4) 8 недель

47. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полимиозит

2) перитонит

3) кардит

4) артралгия

48. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) пенетрация

2) желтуха

3) долихоколон

4) холецистохолангит

49. К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ОТНОСЯТ

1) падение артериального давления

2) нарушение сердечного ритма

3) острую задержку мочи

4) возбуждение, боли в животе, тошноту, рвоту

50. ПРИ ВОДОДЕФИЦИТНОМ ТИПЕ ЭКСИКОЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) гипернатриемия

2) гипонатриемия

3) гипокалиемия

4) гиперкальцемия

51. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) антигистаминные препараты 1 поколения

- 2) антигистаминные препараты 2 поколения
- 3) системные глюкокортикостероиды
- 4) местные глюкокортикостероиды

52. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кишечная палочка
- 2) клебсиелла
- 3) протей
- 4) синегнойная палочка

53. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) парамиксовирус
- 2) коринобактерия дифтерии
- 3) вирус Эпштейн-Барра
- 4) герпес-вирус

54. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ларингит
- 2) отит
- 3) гриппоподобный синдром
- 4) бронхиолит

55. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
- 2) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- 3) уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- 4) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением

56. ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) 10-20% альбумин
- 2) гормоны
- 3) гемодез
- 4) препараты калия

57. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

- 1) узнавание матери
- 2) прослеживание взором за движущимся предметом
- 3) способность отличать своих от чужих
- 4) кратковременная фиксация взора

58. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) пробу по Зимницкому
- 2) пробу по Нечипоренко
- 3) пробу по Аддис-Каковскому
- 4) биохимическое исследование мочи

59. ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ

- 1) года
- 2) часа
- 3) первого полугодия
- 4) первого месяца

60. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) локальная крепитация
- 2) жесткое дыхание
- 3) ослабленное дыхание
- 4) одышка

61. ЭЛИМИНАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) увлажнение воздуха до 70%
- 2) применение натуральной одежды из шерсти
- 3) регулярную стирку постельного белья
- 4) уменьшение частоты приема гигиенических ванн

62. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ

- 1) энтеровирусной инфекции
- 2) шигеллезах
- 3) норовирусной инфекции
- 4) ротавирусной инфекции

63. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) средней величиной
- 2) стандартизованным показателем
- 3) интенсивным показателем
- 4) показателем наглядности

64. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ РЕГЕНЕРАТОРНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОИДНОГО РОСТКА КРОВЕТВОРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО

- 1) эритроцитов
- 2) лейкоцитов
- 3) ретикулоцитов
- 4) тромбоцитов

65. ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хорошее развитие эластической ткани
- 2) хорошая воздушность легочной ткани

- 3) большой диаметр бронхов
- 4) обильное развитие кровеносных сосудов

66. ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ингаляционные глюкокортикостероиды
- 2) теофиллины замедленного высвобождения
- 3) антигистаминные препараты
- 4) бета-2 агонисты короткого действия

67. ПУНКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СПРАВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ПОТОМУ ЧТО

- 1) предотвращает повреждение грудного протока
- 2) технически выполняется легче
- 3) меньше возможность повреждения легкого
- 4) предотвращает повреждение сонной артерии

68. ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ НЕИЗМЕНЕННЫМ МОЛОКОМ ПРИ ПЕРВОМ КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) пилоростеноза
- 2) синдрома Ледда
- 3) атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка
- 4) атрезии пищевода

69. К ЖИВЫМ ОСЛАБЛЕННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ

- 1) БЦЖ, туляремиальная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, краснушная, чумная
- 2) БЦЖ, клещевая, туляремиальная, коревая, полиомиелитная оральная, гриппозная, столбнячная, брюшнотифозная, холерная
- 3) БЦЖ, полиомиелитная, паротитная, АКДС
- 4) БЦЖ, АКДС, краснушная

70. ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ КОЖА

- 1) голеней
- 2) лица
- 3) спины
- 4) ладоней и подошв

71. ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ 1 РАЗ В

- 1) 2 месяца
- 2) квартал
- 3) 6 месяцев
- 4) год

72. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ С

- 1) 1-го месяца жизни
- 2) 35-37 недели гестации
- 3) 7-го месяца внутриутробного развития
- 4) 3-4 месяца жизни

73. НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 80-100
- 2) 100-150
- 3) 150-200
- 4) 40-60

74. ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ ОТ _____ ЛИНИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ГРУДИНЕ

- 1) срединноключичной
- 2) парастеральной
- 3) задней аксиллярной
- 4) передней аксиллярной

75. ПУПОЧНАЯ РАНКА НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) к концу 1-го месяца жизни
- 2) к концу 2-й недели жизни
- 3) на 2-м месяце жизни
- 4) на 3 месяце жизни

76. ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ СТВОРОЖЕННЫМ МОЛОКОМ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка
- 2) атрезии двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка
- 3) атрезии пищевода
- 4) пилоростенозе

77. СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

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

78. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) скорость клубочковой фильтрации
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) мочевины сыворотки крови
- 4) мочевая кислота сыворотки крови

79. ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

- 1) смещения границ относительной тупости сердца влево
- 2) грубого систолического шума, ритма галопа, пароксизмальной тахикардии

3) диастолического шума

4) систоло-диастолического шума

80. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОТНОСИТСЯ

1) гиперхромная, гипорегенераторная анемия, умеренная тромбоцитопения, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции

2) гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа

3) анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции

4) нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нормальные показатели билирубинового обмена

81. СТЕПЕНЬ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

1) высоте и длительности лихорадки

2) распространению отека подкожной шейной клетчатки

3) степени дыхательной недостаточности

4) уровню артериального давления

82. НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ДО _____ ЛЕТ

1) 5

2) 2

3) 10

4) 12

83. ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВЫХ ДУГАХ С ТЕНДЕНЦИЕЙ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ НА НАЗОЛАБИАЛЬНЫЕ СКЛАДКИ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1) ювенильном дерматомиозите

2) системной красной волчанке

3) системной склеродермии

4) узловатой эритеме

84. КАКОВО ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- 1) в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами
- 2) на шее спереди и по бокам трахеи
- 3) в заднем средостении
- 4) в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом

85. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) госпитализацию контактных детей до 5 дня с момента контакта
- 2) экстренную вакцинацию
- 3) раннее выявление и изоляцию источника инфекции
- 4) введение противовирусных препаратов болевшим корью

86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериальная инфекция
- 2) вирусная инфекция
- 3) грибковая инфекция
- 4) аллергическая реакция

87. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) уросептики
- 2) макролиды
- 3) глюкокортикоиды
- 4) ингибиторы АПФ

88. УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) гемолитической анемии
- 2) геморрагического васкулита
- 3) гемофилии
- 4) тромбоцитопенической пурпуры

89. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА (1:1000) У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА

- 1) 0,01
- 2) 1,0
- 3) 0,2
- 4) 0,1

90. ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛОЧКА

- 1) Леффлера
- 2) веретенообразная
- 3) Коха
- 4) Борде-Жангу

91. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) недоразвитием кавернозной части подслизистой
- 2) мягкостью хрящей
- 3) отсутствием нижнего носового хода
- 4) сухостью слизистой оболочки

92. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ _____ ХРИПЫ

- 1) диффузные мелкопузырчатые влажные
- 2) диффузные сухие свистящие
- 3) локальные мелкопузырчатые влажные
- 4) диффузные разнокалиберные влажные

93. ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) признаки обезвоживания
- 2) срыгивания, которые появляются на третьей неделе жизни ребенка
- 3) стул ежедневный, неизменный, мочеиспускание в норме

4) учащение срыгиваний и увеличение объема

94. ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

- 1) ощущении сердцебиения и/или перебоев в области сердца
- 2) болях в животе, диспепсических явлениях
- 3) гематурии, отеках
- 4) повышении артериального давления, повышении температуры тела

95. В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- 1) Филатова
- 2) Ситковского
- 3) Менделя
- 4) Ровсинга

96. ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В _____ ПЕРИОДЕ

- 1) преджелтушном
- 2) постжелтушном
- 3) инкубационном
- 4) желтушном

97. ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) большая относительная масса подкожной жировой клетчатки (на 1 кг массы тела), чем у взрослых
- 2) меньшая относительная масса подкожной жировой клетчатки, чем у взрослых
- 3) менее плотная консистенция подкожного жира, чем у взрослых
- 4) хорошее развитие жировой ткани в брюшной и грудной полостях

98. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) хламидиоза
- 2) цитомегаловирусной инфекции

3) муковисцидоза

4) герпеса

99. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

1) 1:3

2) 1:2

3) 1:4

4) 1:2,5

100. ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 5-8

2) 12-14

3) 8-10

4) 10-12

ВАРИАНТ – П-3

1. В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН

1) гентамицин

2) нитроксалин

3) монурал

4) сумамед

2. К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ _____ ГИПЕРТЕНЗИЯ

1) легочная

2) артериальная

3) портальная

4) внутричерепная

3. МАНИФЕСТАЦИЯ ЦЕЛИАКИИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

- 1) молока и молочных продуктов
- 2) высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин
- 3) фруктовых и овощных пюре и соков
- 4) глютенсодержащих продуктов

4. СИНТЕЗ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (АПФ) ИНГИБИРУЕТ

- 1) каптоприл
- 2) анаприлин
- 3) апрессин
- 4) дибазол

5. ПОД ГОСПИТАЛИЗМОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПОНИМАЮТ

- 1) ипохондрические проявления
- 2) длительное пребывание ребенка в стационаре
- 3) приобретение ребенком новых навыков
- 4) отставание ребенка, длительно болеющего и находящегося в стационаре, в психоэмоциональном развитии

6. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОГУТ БЫТЬ

- 1) бактерии
- 2) вирусы
- 3) грибки
- 4) простейшие

7. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ

- 1) в первые 24 часа жизни
- 2) на 8-10 день жизни
- 3) на 3-7 день жизни

4) на 14 день жизни

8. К МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ, НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) смертность
- 2) естественный прирост
- 3) рождаемость
- 4) инвалидность

9. ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

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

10. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ, ОБРАТИВШИЕСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С ЖАЛОБАМИ НА

- 1) кашель более 3-х недель, лихорадку более 2-х недель
- 2) кашель, гипертермию в течение 3-х дней
- 3) субфебрилитет в течение недели, потерю массы тела, жидкий стул
- 4) боль в грудной клетке, гипертермию в течение 7-и дней

11. РАЗВИТИЕ ПЛЕНЧАТОГО КОНЬЮНКТИВИТА ХАРАКТЕРНО ПРИ ____ ИНФЕКЦИИ

- 1) аденовирусной
- 2) гриппозной
- 3) энтеровирусной
- 4) ротавирусной

12. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО ВОДОДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия

- 2) адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
- 3) рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
- 4) высокая лихорадка, отеки, гематурия

13. ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление инфекционных и паразитарных заболеваний и предотвращение эпидемий
- 2) раннее выявление отклонений в состоянии здоровья детей и подростков
- 3) оценка физического развития и физической подготовленности несовершеннолетних
- 4) раннее выявление детей и подростков с артериальной гипертензией и гипергликемией

14. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- 1) коагулограмму
- 2) миелограмму
- 3) биохимический анализ крови
- 4) клинический анализ крови

15. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

- 1) смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии
- 2) патологический зубец Q
- 3) синусовая брадикардия
- 4) уменьшение общего вольтажа QRS

16. ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОЦИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение антипротозойных препаратов перорально и ингаляционно
- 2) антибиотикотерапия
- 3) комбинация антибиотика и сульфаниламидного препарата
- 4) симптоматическая терапия

17. КАКОЙ ФАКТОР ОБУСЛАВЛИВАЕТ S-ОБРАЗНУЮ ФОРМУ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ?

- 1) более тесное расположение всех органов брюшной полости
- 2) необычное расположение печеночной артерии
- 3) необычное расположение 12-перстной кишки
- 4) аномалия желчных протоков

18. К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку
- 2) легкое нагрубание грудных желез
- 3) обильный пушок на коже
- 4) четкие складки на поверхности стопы

19. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гормональный дисбаланс
- 2) диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов
- 3) незаращение влагалищного отростка брюшины
- 4) патология мочевыделительной системы

20. ДЕФИЦИТ МОЛОКА (%) ПРИ 2-Й СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ СОСТАВЛЯЕТ ДО

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

21. К НЕИНВАЗИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) ОТНОСИТСЯ

- 1) биохимический метод (быстрый уреазный тест)
- 2) иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител

3) изотопный уреазный дыхательный тест

4) выявление *H.pylori* в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции

22. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС ВОЗНИКАЕТ У ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНЕСШЕГО

1) инфекционный мононуклеоз

2) ветряную оспу

3) корь

4) краснуху

23. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) острая боль в ухе, головокружение

2) стойкая перфорация барабанной перепонки и оторея

3) шум в ушах и головокружение

4) нарушение равновесия и снижение слуха

24. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

1) поворот со спины на живот

2) способность сидеть с упором под спину

3) удержание головы, лежа на животе

4) способность упираться на стопы при поддержке

25. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПРОТЕИНУРИЯ

1) алиментарная

2) ортостатическая

3) нефротическая

4) персистирующая

26. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ферменты, противокашлевые средства
- 2) антибиотики, муколитики, ферменты
- 3) муколитики, глюкокортикоиды
- 4) ферменты, витамины

27. КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДЛЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, УГРОЖАЮЩИЙ РАЗВИТИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, СОСТАВЛЯЕТ _____МКМОЛЬ/Л

- 1) 100-150
- 2) 450-550
- 3) 60-80
- 4) 270-360

28. У БОЛЬНОГО НА 6-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТМЕЧЕН ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, КОТОРАЯ ПРИОБРЕЛА ГЕКТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, ОТМЕЧАЕТСЯ ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ И ПОЗЫВЫ К ДЕФЕКАЦИИ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С

- 1) ультразвукового исследования брюшной полости
- 2) ректального пальцевого исследования
- 3) рентгеноскопии грудной клетки
- 4) лапароскопии

29. ДНЕВНОЙ СОН У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПОСЛЕ _____ ЛЕТ

- 1) 6-7
- 2) 4-5
- 3) 2-3
- 4) 8-10

30. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

- 1) преднизолон 2 мг/м²/сутки в три приема в течении 4-х недель

2) преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течении 4-6-8 недель

3) преднизолон 60 мг/м2/сутки в три приема в течении 2-х недель

4) преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2-х недель

31. У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА КОЛИЧЕСТВО ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

1) 40-50

2) 20-30

3) 5-15

4) 60-80

32. ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, влажный кашель

2) запах ацетона изо рта, центральный цианоз

3) акроцианоз, тахикардия

4) влажный кашель, брадикардия

33. ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

1) инспираторной одышки

2) экспираторной одышки

3) навязчивого кашля

4) смешанной одышки

34. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

1) через руки персонала

2) через продукты питания

3) через белье

4) через предметы ухода

35. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) единичные широкие уровни
- 2) множественные мелкие уровни
- 3) большой газовый пузырь желудка
- 4) наличие большого количества жидкости в брюшной полости

36. НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АНЕМИИ?

- 1) В1
- 2) В2
- 3) В12
- 4) В6

37. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мочевины сыворотки крови
- 2) креатинина сыворотки крови
- 3) С-реактивный белок
- 4) общий белок сыворотки крови

38. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- 1) фуросемида
- 2) преднизолона
- 3) парацетамола
- 4) диазепама

39. ТЕРМИН ГИПОТРОФИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1) острое расстройство питания с дегидратацией
- 2) хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела
- 3) дефицит отдельных нутриентов в питании
- 4) острое расстройство питания с дефицитом массы тела

40. ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

- 1) суставы, легкие, кишечник
- 2) суставы, почки, кишечник
- 3) сердце, почки, кишечник
- 4) легкие, ЦНС, кишечник

41. ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых
- 2) исходным дефицитом сурфактанта
- 3) меньшим числом альвеол
- 4) гиповолемией

42. РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) консервативное лечение 24-48 часов
- 2) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию
- 3) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию
- 4) динамическое наблюдение

43. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проведение закаливания только в теплое время года в одежде, соответствующей погодным условиям
- 2) начало закаливания должно приходиться на период высокой естественной закаленности
- 3) проведение комплексной оценки состояния здоровья ребёнка перед началом
- 4) постепенность, систематичность и последовательность проведения процедур

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лекарственные препараты
- 2) гомеопатические препараты

- 3) бактериальные инфекции
- 4) острые респираторные вирусные инфекции

45. ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

- 1) гематурии, повышении артериального давления
- 2) отеках, повышении температуры тела
- 3) болях в животе, диспепсических явлениях
- 4) внезапной кратковременной потери сознания (синкопе), резкой бледности

46. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К

- 1) нормохромной, нормоцитарной, регенераторной
- 2) гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
- 3) гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной
- 4) гипохромной, микроцитарной, регенераторной

47. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) суточное мониторирование pH в пищеводе
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) эндоскопическое исследование

48. ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ НАБЛЮДАЮТ

- 1) отечность миндалин и островчатые налеты
- 2) яркую гиперемию слизистой, энантемы
- 3) некротический процесс в миндалинах с первого дня болезни
- 4) наличие налетов на uvula

49. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ

- 1) лицензией
- 2) порядками оказания медицинской помощи

- 3) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
- 4) программой обязательного медицинского страхования

50. БУРАЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ДЕТЕЙ

- 1) обеспечивает сократительный термогенез
- 2) обеспечивает несократительный термогенез
- 3) увеличивается с возрастом ребенка
- 4) локализуется на передней поверхности грудной клетки

51. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) мраморность кожных покровов
- 2) артериальную гипотензию
- 3) спастические запоры
- 4) редкие обильные мочеиспускания

52. К ВРОЖДЕННОМУ ПОРОКУ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) стеноз аорты
- 3) тетрада Фалло
- 4) открытый артериальный проток

53. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мукоидное набухание
- 2) гранулематоз
- 3) фибриноидные изменения
- 4) склероз

54. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дыхательный уреазный тест
- 2) фракционное желудочное зондирование
- 3) анализ кала на скрытую кровь
- 4) эзофагогастродуоденоскопия

55. ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

- 1) совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
- 2) соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
- 3) достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка
- 4) комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе

56. УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИ ТИПИЧНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- 1) В
- 2) С
- 3) А
- 4) D

57. ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ТОКСИКОРДЕРМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ПРИЕМА

- 1) антибиотиков
- 2) транквилизаторов
- 3) сульфаниламидов
- 4) витаминов

58. РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ УЗНАВАТЬ МАТЬ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

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

59. НОРМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА ЯВЛЯЮТСЯ _____ МЛ/МИН/1,73 М2

- 1) 60-70
- 2) 130-150
- 3) 30-40
- 4) 80-120

60. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
- 2) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
- 3) усиление голосового дрожания
- 4) ослабленное дыхание с бронхофонией

61. ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПРИНЦИП ABCD)

- 1) восстановление проходимости дыхательных путей
- 2) коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
- 3) восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
- 4) проведение непрямого массажа сердца

62. ПРИ ОСМОТРЕ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ИЗ-ЗА ДУЖЕК У ДЕТЕЙ С

- 1) 1 месяца
- 2) 3 лет
- 3) 1 года
- 4) 7 лет

63. ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение хлоридов в поте и моче
- 2) повышение IgE в крови
- 3) повышение эозинофилов в крови

4) нарушение функции внешнего дыхания

64. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Развитием в первые трое суток жизни
- 2) Меньшей потерей массы искусственном вскармливании
- 3) Восстановлением исходной массы тела 30-му дню жизни
- 4) Восстановлением исходной массы тела 14-му дню жизни

65. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2,0
- 2) 2,2
- 3) 2,9
- 4) 2,6

66. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тубулоинтерстициальный нефрит
- 2) дегидратация
- 3) гломерулонефрит
- 4) тромбоз почечных сосудов

67. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- 1) удлинение интервала R-R на ЭКГ
- 2) лихорадка
- 3) увеличение СРБ
- 4) малая хорея

68. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

- 1) кожный зуд
- 2) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей
- 3) периорбитальная гиперпигментация
- 4) кератоконус

69. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОРИ У НЕ ПОЛУЧИВШИХ ИММУНОГЛОБУЛИН НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) с 11 по 21 день
- 2) от 9 до 21 дня
- 3) от 9 до 17 дней
- 4) 10 дней

70. ЛЕГКОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ КОЖИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С

- 1) толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета
- 2) тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета
- 3) тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи
- 4) толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью к мацерации

71. НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пепсин (пепсиноген I)
- 2) соляная кислота
- 3) гастриксин (пепсиноген II)
- 4) трипсиноген

72. ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

- 1) коробочный
- 2) укороченный легочный
- 3) легочный

4) притупленный

73. МАССО-РОСТОВОЙ ИНДЕКС (ТУРА) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

1) 50-60

2) 60-80

3) 40-50

4) 70-90

74. ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) наличием рвоты «фонтаном», неизменным молоком; объем рвотных масс не превышает объем кормления

2) наличием рвоты «фонтаном», створоженным молоком, с кислым запахом, без желчи; объем рвотных масс превышает объем кормления

3) гипернатриемией, гипергликемией, метаболическим ацидозом

4) отсутствием видимой перистальтики желудка

75. БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1.2 : 1

2) 2 : 2

3) 1 : 1.5

4) 1 : 2

76. ПРИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОМ РАХИТЕ ПРОЦЕСС РЕАБСОРБЦИИ ИЗМЕНЕН В

1) клубочке

2) дистальном канальце

3) петле Генле

4) проксимальном канальце

77. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эссенциальная артериальная гипертензия

- 2) тромбоз почечных артерий и вен
- 3) паренхиматозное заболевание почек
- 4) коарктация аорты

78. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ

- 1) 80
- 2) 60
- 3) 90
- 4) 40

79. ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1) лактулоза
- 2) но-шпа
- 3) мотилиум (домперидон)
- 4) форлак (макрогол)

80. СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- 1) постоянного кашля с мокротой
- 2) брадипноэ
- 3) патологического дыхания
- 4) патологического приступообразного кашля

81. ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стрептококк группы В (*Streptococcusagalactiae*)
- 2) золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*)
- 3) энтеробактер (*Enterobacter*)
- 4) гемофильная палочка (*Haemophilus influenza*)

82. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4 - 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 1/7
- 2) 1/4
- 3) 1/5
- 4) 1/6

83. ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СКАРЛАТИНЫ К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1) некротическую ангину
- 2) лакунарный тонзиллит
- 3) субфебрильную температуру тела
- 4) нормальные размеры печени и селезенки

84. КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) эписиндрома
- 2) фебрильных судорог
- 3) дефицита железа
- 4) гипокальциемии

85. РЕБЕНКА 2 ЛЕТ, У КОТОРОГО ОБНАРУЖЕН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ

- 1) безотлагательно
- 2) до 6 лет
- 3) до 12 лет
- 4) до 10 лет

86. РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) системной красной волчанки
- 2) острой ревматической лихорадки

- 3) системной склеродермии
- 4) ювенильного идиопатического артрита

87. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) сорбенты
- 2) антигистаминные препараты
- 3) антибиотики
- 4) гормоны

88. АНОРЕКСИЯ, РВОТА, ЗАПОР, БЕССОННИЦА — ПРИЗНАКИ

- 1) гипервитаминоза В6
- 2) гипервитаминоза А
- 3) рахита
- 4) гипервитаминоза Д

89. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ШТРИХОВОМ РАЗДРАЖЕНИИ ПОДОШВЫ ПО НАРУЖНОМУ КРАЮ СТОПЫ В НАПРАВЛЕНИИ ОТ ПЯТКИ К ПАЛЬЦАМ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ТЫЛЬНОГО РАЗГИБАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ВЕЕРООБРАЗНОГО РАСХОЖДЕНИЯ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ

- 1) Бауэра
- 2) опоры
- 3) Бабинского
- 4) подошвенный

90. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО В СЛУЧАЕ

- 1) возможности удаления опухоли
- 2) гемангиом промежности
- 3) множественных гемангиом
- 4) расположения гемангиомы на слизистых оболочках

91. ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение печени, селезенки
- 2) влажный кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
- 3) отеки стоп и голеней
- 4) акроцианоз, сухие хрипы в легких

92. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) влажных мелкопузырчатых хрипов
- 2) сухих свистящих хрипов
- 3) шума трения плевры
- 4) крепитации

93. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИН У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 140
- 2) 110
- 3) 90
- 4) 170

94. ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) водянкой оболочек яичка
- 2) орхитом
- 3) варикоцеле
- 4) перекрутом гидатиды

95. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) больной врожденной или приобретенной краснухой
- 2) бирусоноситель
- 3) больной только врожденной краснухой
- 4) больной только приобретенной краснухой

96. ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) синдром инфекционного мононуклеоза
- 2) вторичное иммунодефицитное состояние
- 3) бессимптомная форма
- 4) генерализованная лимфаденопатия

97. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ГОДОВОЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ

- 1) 30-35
- 2) 40-60
- 3) 25
- 4) 16-18

98. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперлейкоцитоз (сдвиг лейкоцитарной формулы влево)
- 2) лейкопения (сдвиг лейкоцитарной формулы вправо)
- 3) умеренный лейкоцитоз (нейтрофильный сдвиг формулы влево)
- 4) ускорение СОЭ (без изменения количества лейкоцитов)

99. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: ТАХИКАРДИЯ, СУДОРОГИ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РВОТА, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ?

- 1) глюконат кальция
- 2) оксибутират натрия
- 3) эуфиллин
- 4) магния сульфат

100. ПРИ МЕНИНГИТАХ ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЛИКВОРЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1) лимфоциты
- 2) эритроциты
- 3) эозинофилы

4) моноциты

ВАРИАНТ - П-4

1. ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК

- 1) эндоскопическое
- 2) рентгенологическое
- 3) радиоизотопное
- 4) ультразвуковое

2. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ЭНДОКАРД

- 1) митрального клапана
- 2) трехстворчатого клапана
- 3) аортального клапана
- 4) клапана легочной артерии

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) липаземия
- 2) гипопроотеинемия
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гиперурикемия

4. ЭУФИЛЛИН ДЛЯ СНЯТИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВВОДЯТ В ВИДЕ _____ % РАСТВОРА

- 1) 24
- 2) 0,24
- 3) 12
- 4) 2,4

5. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инвазия возбудителей с развитием воспалительного процесса
- 2) гиперсекреция энтероцитов
- 3) замедление перистальтики
- 4) лактазная недостаточность

6. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА

- 1) умерших в течение первой недели после родов, к числу родившихся живыми за год
- 2) случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год
- 3) случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год
- 4) умерших за первую неделю после родов, к числу родившихся живыми и мертвыми за год

7. СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____
ММОЛЬ/Л

- 1) 120-140
- 2) 135-145
- 3) 100-120
- 4) 145-160

8. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) с 1 года до 8 лет
- 2) с 6 мес до 12 лет
- 3) с рождения до 4 лет
- 4) с 6 мес до 5-7 лет

9. СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В НОРМЕ

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

10. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК ЖИЗНИ 100 В МИНУТУ. ОЦЕНИТЕ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?

- 1) брадикардия
- 2) тахикардия
- 3) аритмия
- 4) нормальная

11. ТИПИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТЕЧЕНИЯ ГРИППА СЧИТАЮТ

- 1) лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы
- 2) лейкопению, нейтрофилез, повышенные СОЭ
- 3) лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышенные СОЭ
- 4) лейкопению, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы

12. НЕОБХОДИМОЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА) И ВАКЦИНАЦИИ – ЭТО

- 1) письменное заявление ребенка о проведении ему вакцинации и осмотра
- 2) письменное заявление родителей ребенка (законных представителей) о проведении вакцинации и профилактического осмотра
- 3) дача несовершеннолетним старше 15 лет, или родителями (законным представителем) детей, в возрасте до 15 лет, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в письменном виде
- 4) заполнение ребенком или его родителями анкеты о состоянии здоровья

13. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЫШЦЫ

- 1) длинные, содержат много сократительных белков, жира, мало воды
- 2) короткие, бедны сократительными белками, жиром, богаты водой
- 3) короткие, тонкие, содержат много жира, мало воды

4) короткие, тонкие, богаты сократительными белками

14. В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ЭОЗИНОФИЛОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- 1) 6-10
- 2) 0-5
- 3) 11-15
- 4) 16-20

15. РВОТА «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) образованием солянокислого гематина в желудке
- 2) забросом желчи в желудок
- 3) застоем желудочного содержимого
- 4) наличием соляной кислоты в желудке

16. ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖКТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) тонкостью слизистой оболочки и большой ее проницаемостью
- 2) недостаточностью секреторного аппарата
- 3) недостаточным кровоснабжением слизистой
- 4) большой проницаемостью слизистой оболочки

17. ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) иммунизацию против пневмококковой инфекции
- 2) естественное вскармливание
- 3) своевременное введение прикорма
- 4) достаточное пребывание на свежем воздухе

18. О ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ

- 1) поза распластанного на столе ребенка
- 2) прижатые к телу руки
- 3) прижатые к телу ноги

4) запрокидывание головы

19. СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- 2) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- 3) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- 4) усиление болей при расположении на левом боку

20. В ВОЗРАСТЕ 11-14 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 23
- 2) 21
- 3) 20
- 4) 22

21. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ?

- 1) лимфоцитарный плеоцитоз
- 2) нейтрофильный плеоцитоз
- 3) нормальный ликвор
- 4) появление эритроцитов

22. РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА НУЖНО СДЕЛАТЬ

- 1) клинический анализ крови и общий анализ мочи
- 2) глюкозу сыворотки крови
- 3) общий анализ мочи
- 4) клинический анализ крови

23. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1/3-1/2

2) 2/3-3/4

3) 1/3-1/5

4) 1/3-1/6

24. СТАРТОВЫМ АНТИБИОТИКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ванкомицин

2) линкомицин

3) амикацин

4) амоксициллин

25. ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ

1) хрящей

2) мышечной ткани

3) ацинусов

4) эластической ткани

26. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ «ЛЯГУШКИ» ХАРАКТЕРНО ПРИ

1) отрывном переломе передне-верхней ости

2) переломе тазового кольца

3) переломе обеих лонных и седалищных костей

4) разрыве крестцово-подвздошного сочленения

27. КАКОВЫ ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?

1) масса и длина тела

2) жизненная емкость легких, сила мышц кисти

3) окружность головы и грудной клетки

4) развитие вторичных половых признаков

28. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амлодипин
- 2) верошпирон
- 3) эналаприл
- 4) фуросемид

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пиелонефрит
- 2) гломерулонефрит
- 3) обструктивная уропатия
- 4) тубулоинтерстициальный нефрит

30. ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
- 2) наличие АВ-диссоциации
- 3) выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста
- 4) выявление деформации и расширения QRS

31. КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

- 1) орбiculoпальпeбpальный
- 2) ладонно – ротовой
- 3) роговичный
- 4) опоры

32. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря сознания
- 2) очаговая неврологическая симптоматика
- 3) многократная рвота

4) ото-рино-ликворея

33. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) физиометрических показателей
- 2) соматометрических показателей
- 3) функциональных возможностей органов и систем
- 4) варианта физического развития

34. ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ СЧИТАЕТСЯ

- 1) необструктивным
- 2) хроническим
- 3) обструктивным
- 4) латентным

35. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) красный дермографизм
- 2) атонические запоры
- 3) артериальную гипотонию
- 4) гипергидроз ладоней, стоп

36. СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ

- 1) массы тела
- 2) отдельных нутриентов рациона питания
- 3) тургору мягких тканей
- 4) Длины тела

37. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) лихорадка

- 2) кардит
- 3) лейкоцитоз
- 4) ускорение СОЭ

38. ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анемия + ретикулоцитоз
- 2) повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
- 3) ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
- 4) желтуха + спленомегалия

39. ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ

- 1) за грудиной
- 2) в эпигастрии
- 3) в правой подреберье
- 4) в левом подреберье

40. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) антигистаминные препараты
- 2) антибактериальные препараты
- 3) антикоагулянты
- 4) антиагреганты

41. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4–6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 2,6
- 2) 2,0
- 3) 2,9
- 4) 3,2

42. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛУБОЧКАХ ПОЧЕК ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

- 1) мембранозные
- 2) фокально-сегментарные
- 3) мезангиопролиферативные
- 4) минимальные

43. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОГО КРОВотоКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) открытый артериальный проток
- 2) стеноз аорты
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) коарктация брюшной аорты

44. ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение из геморроидальных вен
- 2) гиперспленизм
- 3) кровотечение из вен пищевода
- 4) кровоточивость из мест инъекций

45. СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

- 1) 250
- 2) 400
- 3) 600
- 4) 800

46. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) противовирусные препараты (ацикловир)
- 2) бактериофаги

- 3) антибиотики
- 4) раствор бриллиантовой зелени

47. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6-12 мес.
- 2) 60-180 дней
- 3) 3-6 мес.
- 4) 10-40 дней

48. САМОЙ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиброзно-кавернозный туберкулёз
- 2) диссеминированный туберкулёз
- 3) туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов
- 4) первичный туберкулёзный комплекс

49. КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 1) активность всасывания невысокая
- 2) относительно низкая проницаемость слизистой оболочки
- 3) барьерно-защитная функция повышена
- 4) относительно высокая проницаемость слизистой оболочки

50. ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение печени, селезенки
- 2) отеки стоп и голеней
- 3) акроцианоз, сухие хрипы в легких
- 4) одышка, тахикардия

51. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический гепатит
- 2) каротиновая желтуха
- 3) гастрит
- 4) синдром Жильбера

52. НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1) гипернатриемии и гипокалиемии
- 2) гипонатриемии и гиперкалиемии
- 3) гипернатриемии и гиперкалиемии
- 4) гипонатриемии и гипокалиемии

53. ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ

- 1) 4-30
- 2) 30-40
- 3) 40-60
- 4) 60-120

54. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- 1) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- 2) степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
- 3) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
- 4) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

55. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) лимфоцитоз
- 2) моноцитоз
- 3) нейтропению
- 4) лейкоцитоз

56. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 20

57. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гарвардский степ-тест
- 2) пробу Леви-Гориневского
- 3) тест Мартине-Кушелевского
- 4) пробу Генчи и Штанге

58. ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) гипотрофии
- 2) паратрофии
- 3) рахита
- 4) анемии

59. ПРИЗНАКАМИ ЧЕГО У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ: СЖАТЫЕ В КУЛАК ПАЛЬЦЫ, ПЛАВНИКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РУК, «КОГТИСТАЯ ЛАПА»

- 1) гипотонии мышц
- 2) гипертонуса мышц
- 3) дистонии мышц
- 4) атонии мышц

60. ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженное/нарастающее вздутие живота
- 2) запавший живот

- 3) копростаз
- 4) тромбоцитоз

61. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА?

- 1) увеличение фракции непрямого билирубина в крови
- 2) наличие гепато- и спленомегалии
- 3) увеличение фракции прямого билирубина в крови
- 4) ахоличный стул

62. СИМПТОМ ПОСТОЯННОГО КАПЕЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ СОХРАНЕННОМ АКТЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) тотальной эписпадии
- 2) клапана задней уретры
- 3) эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек
- 4) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

63. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) появление рвоты «фонтаном», неизменным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
- 2) появление рвоты в среднем на 21 день жизни
- 3) наличие гипернатриемии, гипергликемии, метаболического ацидоза
- 4) отсутствие видимой перистальтики желудка

64. КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) β -лактозой
- 2) α -лактозой
- 3) глюкозой
- 4) мальтодекстрином

65. ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) оксациллина

- 2) пенициллина
- 3) эритромицина
- 4) линкомицина

66. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ В ЗАТЫЛКЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) максиллита
- 2) сфеноидита
- 3) фронтита
- 4) этмоидита

67. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____
ХРИПЫ

- 1) рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
- 2) локальные мелкопузырчатые влажные
- 3) рассеянные мелкопузырчатые
- 4) локальные сухие

68. ГНОЙНЫЙ ОМФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной ранки
- 2) язвочкой с подрытыми краями, покрытой фибринозными наложениями
- 3) серозным отделяемым из пупочной ранки
- 4) грибовидной опухолью на дне пупочной ранки

69. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
- 2) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- 3) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
- 4) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов

70. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) введение белков молочной сыворотки
- 2) увеличение содержания белка
- 3) снижение содержания лактозы
- 4) введение аминокислоты серин

71. К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФFUЗНЫЕ _____ ХРИПЫ

- 1) мелкопузырчатые влажные
- 2) сухие свистящие
- 3) крупнопузырчатые влажные
- 4) разнокалиберные влажные

72. ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОТРОФИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА НИЖЕ

- 1) 70
- 2) 80
- 3) 50
- 4) 60

73. МЕСТНЫЙ СТАТУС: ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИПУХЛОСТЬ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА, ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГНОЯ ПОД КОЖЕЙ ПО КРАЮ НОГТЯ - ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) кожного панариция
- 2) флегмоны
- 3) абсцесса
- 4) паронихия

74. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ____ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ

- 1) 4

2) 5

3) 6

4) 7

75. ЛИХОРАДЯЩЕМУ БОЛЬНОМУ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ ОШИБОЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

1) горячих ножных ванн

2) постельного режима

3) измерения температуры тела каждые 2–3 часа

4) приема жаропонижающих средств при повышении температуры тела

76. КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ?

1) белковые

2) пищевые

3) пыльцевые

4) эпидермальные

77. ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) коринебактерией

2) вирусом

3) диплококком

4) кокком

78. ПРИЗНАКОМ РЕГРЕССИВНОЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) ободка Пильнова

2) ободка Воронова

3) феномена Кебнера

4) сетки Уикхема

79. ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТИП НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ЯВЛЯЮТСЯ

1) влажные мелкопузырчатые хрипы в легких

- 2) отеки и увеличение печени
- 3) брадикардия, бледность кожных покровов
- 4) продуктивный кашель, одышка

80. К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ _____ ЛЕГКОГО

- 1) киста
- 2) абсцесс
- 3) гипоплазия
- 4) опухоль

81. ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ БЫВАЕТ

- 1) пятнисто-папулезной, розового цвета на неизменном фоне кожи
- 2) уртикарной, неправильной формы
- 3) папулезно-везикулезной
- 4) геморрагической

82. ХОРОШО ПОЛЗАТЬ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 7
- 2) 4
- 3) 9
- 4) 11

83. КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ

- 1) более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
- 2) менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
- 3) более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям
- 4) менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям

84. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экспираторной одышкой
- 2) болью в грудной клетке
- 3) инспираторной одышкой
- 4) кашлем с мокротой

85. ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) «выдвижного ящика»
- 2) «прилипшей пятки»
- 3) сгибательной контрактуры в коленном суставе
- 4) разгибательной контрактуры в коленном суставе

86. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА АРТРИТА В ЕГО ЛЕЧЕНИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) антибиотики
- 2) преднизолон
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) сульфаниламиды

87. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

- 1) пищевой
- 2) капельный
- 3) водный
- 4) трансмиссивный

88. ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) панкреатитом

- 2) субмаксиллитом
- 3) орхитом
- 4) тиреоидитом

89. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

- 1) способность опираться на предплечья, лежа на животе
- 2) поворот с живота на спину
- 3) способность сидеть с упором под спину
- 4) способность ползать

90. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ II ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
- 2) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- 3) выпадение комплекса QRS
- 4) исчезновение зубца P

91. У РОДСТВЕННИКОВ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) гематурию, тугоухость, патологию зрения, развитие хронической почечной недостаточности
- 2) тугоухость, нефротический синдром, дисплазию соединительной ткани, артериальную гипертензию
- 3) протеинурию, артериальную гипертензию, остеопороз
- 4) артериальную гипертензию, лейкоцитурию, бактериурию

92. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖНО

- 1) применить каптоприл под язык
- 2) ввести нитроглицерин внутривенно
- 3) ввести клофелин внутривенно

4) обеспечить доступ к свежему воздуху

93. ДИАГНОЗ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОСНОВАН НА РЕЗУЛЬТАТАХ

- 1) анализа периферической крови
- 2) биопсии лимфатического узла
- 3) пункции костного мозга
- 4) ультразвукового исследования лимфатического узла

94. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) сбор данных анамнеза, антропометрию, лабораторные анализы
- 2) оценку физического развития
- 3) оценку нервно- психического развития
- 4) осмотр узкими специалистами

95. ПЯТНА ФИЛАТОВА-КОПЛИКА-БЕЛЬСКОГО - ЭТО

- 1) мелкие серовато-белесоватые папулы, окруженные каймой гиперемии, несливаются между собой, не снимаются шпателем
- 2) белесоватые образования размером с чечевицу, легко снимаются шпателем, поверхность кровоточит
- 3) мелкие серовато-белесоватые папулы, сливающиеся между собой, легко удаляются шпателем
- 4) серовато-белые образования размером с чечевицу, окруженные каймой гиперемии,сливающиеся, не снимаются шпателем

96. ПРИ ОТОГЕННОМ АБСЦЕССЕ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ ПО ТИПУ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ ДОЛИ МОЗГА

- 1) затылочной
- 2) теменной
- 3) височной
- 4) лобной

97. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

- 1) А
- 2) М

3) E

4) G

98. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) установление диагноза
- 2) возраст после 5 лет
- 3) диаметр выпячивания свыше 3 см
- 4) возраст после двух лет

99. ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, СЕРОЗИТ, НЕФРИТ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ

- 1) системной склеродермии
- 2) ювенильного идиопатического артрита
- 3) острой ревматической лихорадки
- 4) системной красной волчанки

100. ПРИ ЛЕГКОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

- 1) 110-90
- 2) 89-80
- 3) 88-60
- 4) 40-59

ВАРИАНТ - П-5

1. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) амилоидозом
- 2) пиелонефритом
- 3) интерстициальным нефритом
- 4) дисметаболической нефропатией

2. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) синдром Жильбера
- 2) дискинезии желчевыводящих путей
- 3) гепатита
- 4) каротинемии

3. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____
АЛЛЕРГЕНЫ

- 1) эпидермальные
- 2) бытовые
- 3) пыльцевые
- 4) пищевые

4. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) обезвоживание
- 2) синдром Уотерхауса-Фридрексена
- 3) отек подкожной клетчатки
- 4) назофарингит

5. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) форма №079/у
- 2) карта диспансеризации ребенка
- 3) форма №112/у
- 4) форма №026/у

6. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

- 1) уровню белка в суточной моче
- 2) уровню мочевины в биохимическом анализе крови
- 3) клиренсу эндогенного креатинина

4) колебаниям относительной плотности мочи в течение суток

7. ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ХРИПЫ

- 1) локальные сухие свистящие
- 2) рассеянные мелкопузырчатые влажные
- 3) локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
- 4) рассеянные сухие свистящие

8. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) Глазго
- 2) Дементьевой
- 3) Апгар
- 4) Сильвермана

9. СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1) потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
- 2) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
- 3) неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия
- 4) кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия

10. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 10
- 2) 9
- 3) 8
- 4) 7

11. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цитомегаловирус

- 2) вирус герпеса 6 типа
- 3) β -гемолитический стрептококк группы А
- 4) вирус парагриппа

12. КЛИНИКА ЭНТЕРОПАТОГЕННОГО ЭШЕРИХИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) подострым началом, упорной рвотой, энтеритным характером стула
- 2) острым началом, однократной рвотой, колитным стулом, токсикозом
- 3) острым началом, многократной рвотой, водянистым обильным стулом без патологических примесей
- 4) подострым началом, повторной рвотой, стулом в виде «болотной тины»

13. ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО

- 1) 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 2) 2 лет из 1000 живорожденных
- 3) 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 4) 1 года из 1000 живорожденных

14. ПОКАЗАТЕЛЬ КЛИРЕНСА ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ОТРАЖАЕТ

- 1) клубочковую фильтрацию
- 2) концентрационную функцию почек
- 3) реабсорбционную функцию почек
- 4) секреторную функцию почек

15. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) пневмококк
- 4) энтерококк

16. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - ЭТО

- 1) внепеченочная обструкция желчевыводящих путей
- 2) запаздывание созревания глюкоронилтрансферазы
- 3) внутripеченочная обструкция желчевыводящих путей
- 4) нарушение захвата билирубина печеночной клеткой

17. ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
- 2) травма при родах
- 3) неправильное положение плода
- 4) воспалительная теория

18. ВОЗДЕЙСТВИЕ САУНЫ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА _____ РЕЖИМЫ

- 1) щадящий, тренирующий, интенсивный
- 2) постоянный, поддерживающий, длительный
- 3) временной, соответствующий возрасту
- 4) постепенный, циклический, всесезонный

19. ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ

- 1) ультразвукового исследования
- 2) микционной цистографии
- 3) внутривенной урографии
- 4) цистоскопии

20. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) открытом артериальном протоке
- 2) гипертрофической кардиомиопатии
- 3) дефекте межжелудочковой перегородки
- 4) пролапсе митрального клапана

21. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ИЗ ПУПКА ОБЫЧНО ВЫЗВАНО

- 1) экстрофией мочевого пузыря
- 2) клапаном задней уретры
- 3) дивертикулом мочевого пузыря
- 4) полным свищом урахуса

22. ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 10–12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____
ККАЛ/КГ/СУТКИ

- 1) 120
- 2) 110
- 3) 115
- 4) 100

23. С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ

- 1) лабеталол
- 2) эналаприл
- 3) верошпирон
- 4) фуросемид

24. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) артериальное давление на ногах выше, чем на руках
- 2) сохраненная пульсация на бедренных артериях
- 3) артериальная гипотония
- 4) артериальное давление на руках выше, чем на ногах

25. «БОЛЬШИМ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перенесенная стрептококковая инфекция
- 2) кардит

- 3) лихорадка
- 4) удлинение интервала P-Q на ЭКГ

26. ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) ректороманоскопией
- 2) фиброгастроскопией
- 3) колоноскопией
- 4) ирригографией (скопией)

27. АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) менингоэнцефалит
- 2) миелит
- 3) нефрит
- 4) миокардит

29. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ МНОЖЕСТВА МЕЛКИХ ОЧАГОВ ДЕМЬЕЛИНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНО, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) рассеянного склероза
- 2) ишемического инсульта
- 3) геморрагического инсульта
- 4) синдрома Гийена-Барре

30. С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА НИЗКАЯ АМИЛОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ?

- 1) молочное питание
- 2) низкий уровень секретина
- 3) преобладание полостного пищеварения
- 4) отсутствие полисахаридов в питании

31. АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

- 1) повреждение почек, проявляющееся фиброзом и деформацией чашечно-лоханочной системы, в результате повторных атак инфекции
- 2) бактериурия (более 10⁵ КОЕ в 1 мл мочи), обнаруженная при обследовании у ребенка с клиническими симптомами заболевания мочевой системы
- 3) наличие бактерий в моче (более 10⁵ КОЕ в 1 мл мочи) у ребенка без жалоб и клинических симптомов заболевания мочевой системы
- 4) воспалительное заболевание почечной паренхимы и лоханки, возникшее вследствие бактериальной инфекции

32. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) головокружения и обмороки
- 2) атонические запоры
- 3) повышенный аппетит
- 4) тахикардию

33. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ливедо
- 2) миокардит
- 3) кальциноз мышц
- 4) склеродактилия

34. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) изжога
- 2) рвота
- 3) запор
- 4) зуд кожи

35. НА МЕТАБОЛИЗМ НЕРВНОЙ ТКАНИ ВЛИЯЕТ

- 1) ницерголин
- 2) элеутерокок
- 3) диакарб
- 4) пантогам

36. ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ

- 1) живой вирусной вакциной
- 2) рекомбинантной вакциной
- 3) гамма-глобулином
- 4) инактивированной вирусной вакциной

37. ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) при рождении
- 2) на первом году жизни
- 3) в пубертате
- 4) в возрасте 2-4 года

38. КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 1) преобладание полостного пищеварения
- 2) преобладание мембранного пищеварения
- 3) высокая активность собственно кишечных ферментов
- 4) достаточная активность ферментов щеточной каемки энтероцитов

39. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- 1) коробочный звук при перкуссии
- 2) притупление перкуторного звука
- 3) рассеянные мелкопузырчатые хрипы
- 4) локальные разнокалиберные влажные хрипы

40. ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 балла и менее
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов
- 4) более 8 баллов

41. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВГС-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) РНК-НСV методом ПЦР
- 2) анти-НСV
- 3) печеночных трансаминаз
- 4) уровня вирусной репликации

42. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ (ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИЕ) ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТСЯ 1 РАЗ В ГОД

- 1) всем подросткам на всей территории РФ
- 2) подросткам на территориях с неудовлетворительной эпид. ситуацией
- 3) подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях
- 4) ВИЧ-инфицированным подросткам

43. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 40-60

- 2) 16-18
- 3) 30-35
- 4) 60-70

44. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ _____ ХРИПЫ

- 1) крупно- и среднепузырчатые влажные
- 2) рассеянные мелкопузырчатые влажные
- 3) локальные мелкопузырчатые
- 4) рассеянные сухие свистящие

45. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) рвота «фонтаном» неизменным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
- 2) гипернатриемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз
- 3) срыгивания, появляющиеся на второй неделе жизни
- 4) гипонатриемия, гипокалиемия, метаболический алкалоз

46. ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

- 1) <18,5
- 2) 25-30
- 3) 18,5-25
- 4) >30

47. ДИАРЕЯ МОЖЕТ ПРИСУТСТВОВАТЬ В ДЕБЮТЕ

- 1) гломерулонефрита
- 2) пиелонефрита
- 3) гемолитико-уремического синдрома
- 4) синдрома Альпорта

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультразвуковое исследование сосудов почек
- 2) ренальная ангиография
- 3) измерение артериального давления на ногах
- 4) внутривенная урография

49. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аллергический цистит
- 2) крапивница
- 3) аллергический ринит
- 4) аллергический миокардит

50. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ ДАЛЬНЕЙШАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ

- 1) проводится в соответствии с календарем прививок
- 2) не проводится, так как перенесенное заболевание оставляет прочный иммунитет
- 3) проводится через 10 лет после закончившегося заболевания
- 4) проводится только лицам, имеющим дефект в системе иммунитета

51. ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- 1) асимметрии хрипов в легких
- 2) грубого лающего кашля
- 3) притупления перкуторного звука
- 4) нормальной температуры тела

52. К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
- 2) протеинурия и лейкоцитурия
- 3) олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт

4) олигурия и мочекислый инфаркт

53. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атрезия кишечника
- 2) гастрошизис
- 3) недоношенность
- 4) многоводие

54. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА НАДО ПРОВОДИТЬ С

- 1) врожденным стенозом пищевода
- 2) халазией пищевода
- 3) грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) пилоростенозом

55. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фенилкетонурия
- 2) недоношенность
- 3) гемолитическая болезнь новорожденного
- 4) оперативное родоразрешение

56. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) креатинина, мочевины сыворотки крови
- 2) иммуноглобулинов А, М, G
- 3) антистрептолизинаО, антигиалуронидазы
- 4) общего анализа крови

57. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА – ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ

- 1) полной АВ-блокады
- 2) мерцательной аритмии
- 3) суправентрикулярной экстрасистолии
- 4) суправентрикулярной тахикардии

58. К «МАЛОМУ» ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

- 1) хорею
- 2) артралгию
- 3) подкожные ревматические узелки
- 4) кардит

59. ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ

- 1) спастическом запоре
- 2) проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов
- 3) неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
- 4) дизентерии

60. ЧТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ?

- 1) плантография со скриннинг-оценкой, тестовая карта осанки
- 2) визуальный осмотр и компьютерная томография
- 3) измерение глубины изгибов и соматоскопия
- 4) визуальный осмотр и рентгенография

61. СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 2.25–2.7
- 2) 1.5–2.0
- 3) 3.5–4.0
- 4) 2.9–3.5

62. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

- 1) правожелудочковой сердечной недостаточности
- 2) сосудистой недостаточности
- 3) левожелудочковой сердечной недостаточности
- 4) синусовой аритмии

63. ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА 70-80% СООТВЕТСТВУЮТ _____ ЗОНЕ

- 1) желтой
- 2) синей
- 3) зеленой
- 4) красной

64. В ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР ВХОДЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) ЧСС
- 2) артериального давления
- 3) мышечного тонуса
- 4) состояния рефлексов

65. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИДРАДЕНИТА ОТНОСИТСЯ

- 1) подмышечная впадина
- 2) паховая область
- 3) промежность
- 4) передняя брюшная стенка

66. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ОДНОГО ДО ТРЕХ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 : 2
- 2) 1 : 1
- 3) 1 : 1.5

4) 1 : 2

67. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) метаболит витаминов группы D
- 2) ингибитор АПФ
- 3) антикоагулянт
- 4) глюкокортикоид

68. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) менингоэнцефалит
- 2) пневмония
- 3) миокардит
- 4) артрит

69. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

- 1) приседание, перешагивание через препятствие
- 2) быстрый бег, прыжки
- 3) способность одеваться и раздеваться самостоятельно
- 4) способность рисовать, лепить

70. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИН У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 90
- 2) 80
- 3) 120
- 4) 100

71. АПНОЭ ПРИ КОКЛЮШЕ – ЭТО

- 1) остановка дыхания на вдохе

- 2) остановка дыхания на кашлевом выдохе
- 3) остановка сердца во время приступа кашля
- 4) рвота после приступа кашля

72. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С

- 1) орфанными заболеваниями
- 2) множественными переломами
- 3) ожирением
- 4) бациллоносительством

73. ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) узостью носовых ходов
- 2) широким просветом бронхов
- 3) плохим проведением ларингеального дыхания
- 4) тонкой стенкой грудной клетки

74. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ

- 1) исследование функции внешнего дыхания
- 2) определение общего IgE в сыворотке крови
- 3) общий анализ крови
- 4) рентгенография органов грудной клетки

75. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ятрогенное повреждение
- 2) некротический энтероколит III и IV стадии
- 3) порок развития стенки кишки
- 4) заменное переливание крови

76. ЧТО ВЫСТУПАЕТ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А?

- 1) ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц
- 2) нарушение сумеречного зрения
- 3) болезненные трещины в углах рта
- 4) повышенная ломкость ногтей, выпадение волос

77. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ

- 1) 5–10
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 12-15

78. КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ ___ Г/Л

- 1) 100
- 2) 120
- 3) 110
- 4) 90

79. ДЛЯ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие положительного симптома Пастернацкого
- 2) появление менингеального симптомокомплекса
- 3) появление пятен Бельского-Филатова-Коплика на слизистой полости рта
- 4) развитие диспептических явлений

80. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ ДО ___ ЧАСОВ

- 1) 6
- 2) 48

3) 24

4) 12

81. СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ

1) Рендю-Ослера-Вебера

2) фон Виллебрандта

3) Вискотта-Олдрича

4) Шенлейн-Геноха

82. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА НЕ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ФОРМУ

1) железистую

2) нервную

3) генерализованную

4) комбинированную

83. КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СТИГМ

1) 5-6

2) 2-3

3) 3-4

4) 1-2

84. КАРАНТИН ПРИ СКАРЛАТИНЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА

1) 21 день

2) 14 дней

3) 35 дней

4) 7 дней

85. У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

1) 5-6 групп

- 2) в каждой группе с одной стороны до 3-5
- 3) не более 3 групп
- 4) в каждой группе с одной стороны до 5-6

86. ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1) гипотрофии
- 2) полиомиелита
- 3) пиелонефрита
- 4) начального периода рахита

87. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 60-80
- 2) 20-40
- 3) 40-60
- 4) 20-30

88. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЯЗКА

- 1) Дезо
- 2) торакобрахиальная
- 3) коллодийная повязка
- 4) по Кузьминскому–Карпенко

89. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТЯХ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ), ОТНОСЯТ

- 1) симптом «щетки», «рыбы позвонки», остеопороз
- 2) пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия
- 3) патологические переломы
- 4) отставание костного возраста на рентгенограмме кисти

90. ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ

- 1) Т-лимфоцитов
- 2) макрофагов
- 3) В-лимфоцитов
- 4) нейтрофилов

91. РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО ____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 2
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 10

92. ПРИ ЛОЖНОМ КРИПТОРХИЗМЕ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

- 1) обследование в пубертатном периоде
- 2) диспансерное наблюдение, осмотр 1 раз в год
- 3) провести экстренную операцию
- 4) назначить плановую операцию

93. ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА (В %) СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10-20
- 2) 20-30
- 3) более 30
- 4) 5-10

94. УСИЛИВАЮТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) глюкагон и кальцитонин
- 2) холецистокинин и гастрин
- 3) тироксин и трийодтиронин

4) гормоны гипофиза

95. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1) гепатопротекторы
- 2) рекомбинантные интерфероны
- 3) ампициллин
- 4) ацикловир

96. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

- 1) гуление
- 2) лепет
- 3) произнесение первых слов
- 4) звуковое подражание взрослому

97. ОСОБЕННОСТЬЮ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) меньшая интенсивность водного обмена
- 2) меньшее выделение воды через кожу и легкие
- 3) относительно меньшая потребность в воде
- 4) большая интенсивность водного обмена

98. МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) рахита
- 2) менингита
- 3) эпилепсии
- 4) детского церебрального паралича

99. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- 2) выпадение комплекса QRS
- 3) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
- 4) атриовентрикулярная диссоциация

100. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРАВЛЕНИЕ ИНВАГИНАТА

- 1) пальпаторно под наркозом
- 2) воздухом
- 3) воздухом под контролем цистоскопа
- 4) воздухом под контролем колоноскопа

ВАРИАНТ - П-6

1. ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

- 1) обильный, водянистый, типа «рисового отвара»
- 2) жидкий, пенистый, без патологических примесей
- 3) скудный, с грубой слизью, патологическими примесями
- 4) жидкий, обильный, зловонный, с примесью жира

2. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА

- 1) более ранние сроки созревания функций организма
- 2) предупреждение инвалидности
- 3) здорового ребенка
- 4) уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов

3. КАКОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ ИССЛЕДУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ГОМЕОСТАЗА?

- 1) активность трансаминаз
- 2) общий билирубин
- 3) уровень мочевины
- 4) протромбин

4. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- 1) выраженную одышку
- 2) грубый лающий кашель
- 3) фебрильную лихорадку
- 4) сухой плеврит

5. РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО

- 1) 340 мкмоль/л и более
- 2) 250-300 мкмоль/л
- 3) 170-250 мкмоль/л
- 4) менее 170 мкмоль/л

6. ЛИМФАНГИОМЫ ЛЕЧАТСЯ

- 1) хирургически
- 2) эндоваскулярно
- 3) склерозированием
- 4) короткофокусной рентгенотерапией

7. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) биологический возраст
- 2) индекс здоровья
- 3) физическая работоспособность
- 4) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы

8. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

- 1) лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

- 2) лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
- 3) изолированной пиурии и положительного нитратного теста
- 4) макрогематурии, протеинурии

9. КАКОЙ ПРИЗНАК УКАЗЫВАЕТ НА ПРЕОБЛАДАНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ?

- 1) повышенная сальность кожи
- 2) повышенная потливость
- 3) белый дермографизм
- 4) стойкий красный дермографизм

10. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиброгастроуденоскопия
- 2) лапароскопия
- 3) гепатобилисцинтиграфия
- 4) фиброэластометрия

11. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) противовирусные (озельтамивир)
- 2) антибиотики (цефотаксим)
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) сульфаниламидные препараты

12. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА

- 1) частота всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения
- 2) частота острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров
- 3) новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний
- 4) частота всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

13. У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ КАЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО _____ Г/Л

- 1) 0,033
- 2) 0,99
- 3) 0,066
- 4) 0,33

14. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- 1) притупление перкуторного звука
- 2) локальные мелкопузырчатые хрипы
- 3) асимметрию хрипов
- 4) навязчивый коклюшеподобный кашель

15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) исследование коагулограммы
- 2) бактериологическое исследование промывных вод желудка
- 3) пенный тест
- 4) тест Апта

16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С 6 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) широкое пеленание
- 2) аппарат Илизарова
- 3) шины-распорки
- 4) эндопротезирование

17. ДЛЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) «моржевание», солярий, бег босиком по снегу
- 2) прогулки на свежем воздухе, ходьбу пешком, плавание
- 3) воздушные ванны, солнечные ванны, водные процедуры
- 4) окунание в прорубь, походы в горы

18. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) в/в урографию
- 2) цистографию
- 3) ангиографию
- 4) компьютерную томографию

19. ОСНОВНЫМИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОГО СУХОГО (ФИБРИНОЗНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) боль, расширение границ сердца
- 2) боль, шум трения перикарда
- 3) глухие сердечные тоны, набухание шейных вен
- 4) гепатомегалия, периферические отеки

20. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1) белка
- 2) амилазы
- 3) холестерина
- 4) калия

21. ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ В

- 1) 2 года
- 2) 18 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 6 лет

22. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кортинефф

- 2) верошпирон
- 3) инсулин
- 4) андрокур

23. УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) креатореей
- 2) амилореей
- 3) стеатореей
- 4) миореей

24. ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) грубый лающий кашель с изменением голоса
- 2) удлинение выдоха
- 3) сухой кашель ночью
- 4) продуктивный кашель с большим количеством мокроты

25. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) ацикловир
- 2) виферон
- 3) цитотект
- 4) интерферон

26. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) грудная клетка
- 2) лицо
- 3) конечности
- 4) промежность и половые органы

27. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4 –6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2,0
- 2) 2,6
- 3) 2,9
- 4) 3,2

28. ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) часторецидивирующий нефротический синдром
- 2) стероидорезистентный нефротический синдром
- 3) поликистоз почек
- 4) мочекаменная болезнь

29. ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ЧСС _____ В 1 МИН

- 1) 160
- 2) 140
- 3) 180
- 4) 120

30. БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1) ферменты
- 2) спазмолитики
- 3) нерастворимые антациды
- 4) седативные препараты

31. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) лимфоцитарный плеоцитоз
- 2) повышенное содержание эритроцитов
- 3) смешанный плеоцитоз
- 4) нейтрофильный плеоцитоз

32. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

- 1) педиатр и терапевт
- 2) педиатр и медицинская сестра
- 3) детский невропатолог и медицинская сестра
- 4) педиатр и детский невропатолог

33. У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тело
- 2) пилорический
- 3) антральный
- 4) кардиальный

34. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- 1) мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
- 2) нормальную температуру тела
- 3) выраженную одышку
- 4) пневмоторакс

35. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) оксигенотерапию
- 2) кортикостероидную терапию
- 3) антибиотикотерапию
- 4) препараты сурфактанта

36. НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ДО

- 1) 14 лет
- 2) 3 месяцев

3) 6 месяцев

4) 1 года

37. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 НЕДЕЛЬ ДО 2 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ МАССЫ ТЕЛА

1) 1/4

2) 1/5

3) 1/6

4) 1/7

38. ПРИ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 30 МГ/КГ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) метилпреднизолон

2) преднизолон

3) дексаметазон

4) гидрокортизон

39. ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНА ТОПИКА ШУМА

1) на верхушке

2) во втором межреберье слева

3) в третьем-четвертом межреберье слева у грудины

4) во втором межреберье справа

40. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

1) прокинетики

2) ноотропов

3) витаминов

4) антацидов

41. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1) аллергического ринита
- 2) полипа
- 3) вазомоторного ринита
- 4) острого респираторного заболевания

42. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 60-180 дней
- 2) 15-45 дней
- 3) 6-12 мес.
- 4) 1,5-6 мес.

43. ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ АНГИНА СИМАНОВСКОГО –ВЕНСАНА ВЫЗЫВАЕТСЯ СИМБИОЗОМ

- 1) стафилококка и стрептококка
- 2) спирохеты полости рта и вульгарного протeya
- 3) веретенообразной палочки и спирохеты полости рта
- 4) вульгарного протeya и веретенообразной палочки

44. НА ЗАДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА ПРОЕЦИРУЮТСЯ _____ ДОЛИ ЛЕГКОГО

- 1) средняя, нижняя
- 2) верхняя, средняя
- 3) верхняя, средняя, нижняя
- 4) верхняя, нижняя

45. ОЦЕНКУ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) теста по контролю над астмой (AsthmaControlTest; АСТ)
- 2) провокационного теста с метахолином
- 3) определения уровня общего IgE
- 4) рентгенографии органов грудной клетки

46. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОГЛАЖИВАНИИ КОЖИ В ОБЛАСТИ УГЛА РТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОПУСКАНИЕМ ГУБЫ, ОТКЛОНЕНИЕМ ЯЗЫКА И ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ РАЗДРАЖИТЕЛЯ

- 1) хоботковый
- 2) хватательный
- 3) лабиринтный
- 4) поисковый

47. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бессимптомно
- 2) застойной рвотой
- 3) медленным постепенным началом
- 4) острым внезапным началом

48. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 2 МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) по требованию
- 2) 6 раз в сутки
- 3) 4 раза в сутки
- 4) 7 раз в сутки

49. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение уровня мочевины и креатинина
- 2) повышение уровня С-реактивного белка
- 3) гипергликемия
- 4) гиперальбуминемия

50. «БОЛЬШИМ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кольцевидная эритема
- 2) артралгия

3) повышенный титр противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ)

4) удлинение интервала Р-Qна ЭКГ

51. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ложный полиморфизм сыпи

2) этапность появления высыпаний

3) наличие высыпаний на волосистой части головы

4) сыпь, имеющая везикулезный характер

52. ОСТРОЕ РАЗВИТИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА СЛЕВА И ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕМИПАРЕЗА СПРАВА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ БАССЕЙНА

1) передней мозговой артерии справа

2) основной артерии слева

3) средней мозговой артерии слева

4) задней мозговой артерии справа

53. ФОРМИРОВАНИЕ НИЖНЕГО НОСОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ К

1) 4 годам

2) рождению

3) 7 годам

4) 10 годам

54. ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1) экспираторной одышки

2) смешанной одышки

3) дыхания Чейн-Стокса

4) инспираторной одышки

55. ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК ВОССТАНАВЛИВАЕТ МАССУ ПРИ РОЖДЕНИИ НА _____ ДЕНЬ

1) 8-10

2) 10-14

3) 6-8

4) 4-5

56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) изменение или нарушение режима питания
- 2) возрастная дискоординация перистальтики
- 3) диспепсия
- 4) респираторно-вирусная инфекция

57. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) смеси на основе полного гидролизата белка
- 2) адаптированные молочные смеси
- 3) безлактозные смеси
- 4) кисломолочные смеси

58. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ПИТАНИЯ

- 1) горох
- 2) щавель
- 3) огурцы
- 4) картофель

59. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ) ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) выявлении артериальной гипертензии I степени низкого риска
- 2) выявлении высокого нормального давления
- 3) неэффективности немедикаментозного лечения АГ I степени низкого риска в течение 1-3 месяцев
- 4) неэффективности немедикаментозного лечения АГ I степени низкого риска в течение 6-12 месяцев

60. ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

- 1) 89-110
- 2) 89-80
- 3) 90-60
- 4) 40-59

61. ХОЛЕРЕТИКИ

- 1) усиливают образование желчи
- 2) вызывают сокращение желчного пузыря, усиливают отток желчи
- 3) вызывают расслабление желчного пузыря, уменьшают отток желчи
- 4) снимают спазм сфинктера Одди, способствуют нормализации оттока желчи

62. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ

- 1) иммунизация детей АКДС-вакциной
- 2) изоляция контактных на 25 дней от момента контакта
- 3) трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции
- 4) введение иммуноглобулина контактным

63. ФИЗИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1) промывания раны
- 2) ультрафиолетовых лучей
- 3) антисептических растворов
- 4) иссечения раны

64. ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ _____ $\times 10^9/\text{Л}$

- 1) 150
- 2) 130
- 3) 110
- 4) 100

65. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЕЦ Р ОТОБРАЖАЕТ ПРОЦЕСС

- 1) распространения возбуждения на стенки желудочков и верхушку сердца
- 2) возбуждения в миокарде предсердий
- 3) распространения возбуждения на базальные участки миокарда желудочков
- 4) от начала возбуждения предсердий до начала возбуждения желудочков

66. ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НАЧИНАЮТ С ОБЛАСТИ

- 1) левой подвздошной
- 2) правой подвздошной
- 3) эпигастральной
- 4) надлобковой

67. СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ

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

68. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- 1) ревматоидный фактор и сиаловые кислоты
- 2) АНФ и АТ к двуспиральной ДНК
- 3) повышение титров АСЛО и АСГ
- 4) положительная реакция Райта и Хеддельсона

69. ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

- 1) год
- 2) 3 месяца
- 3) месяц

4) 6 месяцев

70. БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН

- 1) до 5 дня высыпаний
- 2) в течение всего катарального периода
- 3) до конца клинических проявлений заболевания
- 4) в первые 5 дней инкубационного периода

71. СЫПЬ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

- 1) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище
- 2) полиморфная, появляется одновременно на всем теле
- 3) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях
- 4) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище

72. ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ – ЭТО

- 1) инфекционно-воспалительное заболевание легких
- 2) острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
- 3) аллергическое воспаление легочного интерстиция
- 4) хроническая обструктивная болезнь легких

73. БАКТЕРИОНОСИТЕЛЯМ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- 1) АДС-анатоксин
- 2) антитоксическую противодифтерийную сыворотку
- 3) иммуноглобулин внутримышечный
- 4) антибиотик широкого спектра действия

74. ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ РИСКА, В КОТОРОЙ ПЕРВИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ МБТ ПОЧТИ НЕИЗБЕЖНО ПЕРЕХОДИТ В ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дети младшего школьного возраста

- 2) подростки
- 3) школьники
- 4) дети раннего возраста

75. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИН У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 100
- 2) 90
- 3) 80
- 4) 70

76. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ

- 1) пищевым
- 2) грибковым
- 3) эпидермальным
- 4) пыльцевым

77. СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) гипервитаминоза D
- 2) спазмофилии
- 3) рахита
- 4) гипотрофии

78. ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 2-3
- 2) 8-9
- 3) 6-7
- 4) 4-5

79. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ ВРАЧА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) исключить любую энтеральную нагрузку
- 2) назначить антибиотики
- 3) сделать клизму
- 4) выполнить лапароцентез

80. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) деструктивная артропатия
- 3) мышечная слабость
- 4) асимметрический полирадикулоневрит

81. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) нормальная температура тела
- 2) боль при жевании и разговоре
- 3) боль при глотании
- 4) сухость кожных покровов

82. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) недостаточным кровоснабжением
- 2) слабым развитием подкожного жира
- 3) несовершенством регуляции температуры тела через кожу
- 4) повышенным потоотделением

83. НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) вирусных инфекциях
- 2) бактериальных инфекциях
- 3) железодефицитной анемии
- 4) лечении цитостатиками

84 В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН

- 1) массаж
- 2) постельный режим на 1 неделю
- 3) шадящий режим до 1 года
- 4) шадящий режим 2 недели

85. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) апластической анемии
- 2) острой кровопотери
- 3) тромбоцитопении
- 4) острого лейкоза

86. ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1) рыба
- 2) кролик
- 3) конина
- 4) индейка

87. ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?

- 1) аминогликозиды
- 2) фторхинолоны
- 3) нитрофураны
- 4) защищенные пенициллины

88. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- 2) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

- 3) выпадение комплекса QRS
- 4) атриовентрикулярная диссоциация

89. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО В ГРУППЕ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) применение грудного нативного молока
- 2) назначение ангиопротекторов
- 3) назначение антибиотиков
- 4) отказ от грудного молока

90. ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ)

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 1

91. «КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 6
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 10

92. АРАХНОДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

- 1) изменение формы пальцев
- 2) укорочение пальцев
- 3) сращение пальцев
- 4) длинные и тонкие пальцы

93. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 2,2 – 2,7
- 2) 1,29 – 2,26
- 3) 1,2 – 2,55
- 4) 1,25 – 1,35

94. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД

- 1) бактериологический
- 2) РПГА
- 3) иммунофлюоресценции
- 4) РНГА

95. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

- 1) способность ползать
- 2) поворот со спины на живот
- 3) способность садиться
- 4) кратковременное удержание головы, лежа на животе

96. ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ РЕБЕНКА

- 1) до 1 года
- 2) до 2 лет
- 3) по установлении диагноза
- 4) после 4-5 лет

97. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ

- 1) 5
- 2) 10–15
- 3) 8

4) 20

98. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

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

99. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) 2-3 недели
- 2) 3-4 дня
- 3) 5 месяцев
- 4) 6 недель

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

- 1) применяются антибиотики
- 2) рекомендуется ацикловир
- 3) используется цитостатическая терапия
- 4) применяется только симптоматическая терапия

ВАРИАНТ - П-7

1. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ С ПОДНИМАНИЕМ ГОЛОВЫ, ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА, С ОПОРОЙ НА РУКИ

- 1) верхний Ландау
- 2) опоры
- 3) лабиринтный
- 4) лабиринтный

2. ЧТО НАЗЫВАЮТ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ?

- 1) рудимент желточного протока
- 2) рудимент урахуса
- 3) полип кишки
- 4) новообразование кишечника

3. ВОДЯНКА ЯИЧКА У РЕБЕНКА СЧИТАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДО

- 1) 2 лет
- 2) 6 мес
- 3) 1 года
- 4) 3 лет

4. ДЛЯ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) выработка умений общения, индивидуальные консультации
- 2) формирование навыков агитации и ведения дискуссий
- 3) распространение знаний, формирование общественного мнения
- 4) формирование свойств характера, системы взглядов

5. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/100 МЛ

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

6. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) недостатка антидиуретического гормона
- 2) недостатка инсулина
- 3) избытка антидиуретического гормона
- 4) избытка инсулина

7. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
- 2) систолического шума во втором межреберье слева от грудины
- 3) систолического шума вдоль левого края грудины
- 4) систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины

8. РАЗВИТИЕ АЛОПЕЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) острой ревматической лихорадке
- 2) ювенильном идиопатическом артрите
- 3) ювенильном дерматомиозите
- 4) системной красной волчанке

9. НА ВСАСЫВАНИЕ ВИТАМИНА В12 ВЛИЯЕТ

- 1) липаза
- 2) амилаза
- 3) соляная кислота
- 4) гастрин

10. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

- 1) копрологию
- 2) кожные пробы с пищевыми аллергенами
- 3) определение рН кала
- 4) элиминационно- провокационные пробы

11. ДИАГНОЗ ГРИППА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

- 1) посевом крови на желчный бульон
- 2) посевом кала на обычные питательные среды

- 3) выделением вируса из кала
- 4) методом ПЦР (слизь из носовых ходов)

12. КАКОЙ ГЕПАТИТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ?

- 1) HBV
- 2) HAV
- 3) HCV
- 4) HDV

13. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ

- 1) начало септического процесса
- 2) наиболее выраженные изменения в кишечнике
- 3) Т-лимфоциты, содержащие вирус, активируют Т-киллеры
- 4) внедрение вируса на небных и носоглоточных миндалинах

14. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

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

15. ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ

- 1) хроническом мезотимпаните
- 2) хроническом эптитимпаните
- 3) адгезивном отите
- 4) экссудативном отите

16. БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) печеночной
- 2) почечной
- 3) надпочечников
- 4) сердечной

17. КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА) В ВОЗРАСТЕ 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1000мл
- 2) до 50 мл
- 3) 500 мл
- 4) 100-120 мл

18. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЭТО

- 1) нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
- 2) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы
- 3) систолический шум, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания
- 4) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках

19. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

- 1) приступа бронхиальной астмы
- 2) острого бронхита
- 3) острого обструктивного ларинготрахеита
- 4) острого тонзиллита

20. ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ _____ С

- 1) 0,14
- 2) 0,10
- 3) 0,18
- 4) 0,22

21. ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРОВОДИТСЯ

- 1) широким пеленанием
- 2) шиной-распоркой
- 3) облегченной гипсовой повязкой
- 4) аппаратом Илизарова

22. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение пищевого режима ребенка
- 2) перенесенная кишечная инфекция
- 3) травма брюшной полости
- 4) подвижный образ жизни

23. ДИАГНОЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1) первых 2-х часов
- 2) первых суток
- 3) первых трех суток
- 4) первой недели

24. ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО

- 1) адинамии
- 2) анемии
- 3) беспокойству, вздрагиванию
- 4) плохому аппетиту

25. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инородное тело главного бронха
- 2) баллотирующее инородное тело трахеи
- 3) инородное тело сегментарного бронха
- 4) фиксированное инородное тело гортани

26. КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ?

- 1) коарктация аорты
- 2) открытый артериальный проток
- 3) аномальный дренаж легочных вен
- 4) дефект межжелудочковой перегородки

27. ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА

- 1) 50% и более
- 2) 30% и более
- 3) 10% и более
- 4) 20% и более

28. ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плотная связь между эпидермисом и дермой
- 2) недостаточное кровоснабжение
- 3) тонкий эпидермис
- 4) достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса

29. ПРАВСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ПРАВСТОРОННИМ ПРОЗОПАРЕЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БАССЕЙНА

- 1) вертебробазилярного бассейна слева
- 2) задней мозговой артерии справа
- 3) правой передней мозговой артерии
- 4) левой средней мозговой артерии

30. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

- 1) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей

- 2) динамическое наблюдение за здоровыми детьми
- 3) динамическое наблюдение за больными детьми
- 4) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

31. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

- 1) имеет функциональные отклонения, болеет простудными заболеваниями 4 и более раз в год
- 2) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 3) имеет функциональные отклонения и хронические заболевания в стадии компенсации
- 4) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)

32. ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) диспротеинемия
- 3) гипофибриногенемия
- 4) гипертрансаминаземия

33. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
- 2) сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
- 3) сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
- 4) железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина

34. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анулярная эритема и ревматические узелки
- 2) малая хорея и утренняя скованность
- 3) некроз кожи и локальные отеки
- 4) дефицит пульса и снижение артериального давления

35. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) тахикардию

- 2) белый дермографизм
- 3) склонность к гипертермии
- 4) чувство нехватки воздуха

36. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) инотропных средств
- 2) ингибиторов АПФ
- 3) блокаторов кальциевых каналов
- 4) препаратов калия

37. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, РЕМИССИЯ КОТОРОГО ДОСТИГНУТА НА ФОНЕ ИЛИ ПОСЛЕ КУРСА ПРЕДНИЗОЛОНОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стероидрезистентным
- 2) стероидочувствительным
- 3) стероидозависимым
- 4) часторецидивирующим

38. ФЛЮОРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ

- 1) йода
- 2) марганца
- 3) фтора
- 4) кальция

39. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

- 1) здоровых, ранее закаливаемых
- 2) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
- 3) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
- 4) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации

40. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) формирование секвестров
- 2) укорочение кости
- 3) деформация конечности
- 4) линейный периостит

41. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) инфекционными заболеваниями
- 2) копростазом
- 3) кишечной непроходимостью
- 4) васкулитом

42. ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ 3-4-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНО С

- 1) увеличением мочевой кислоты
- 2) увеличением хлоридов
- 3) увеличением фосфатов
- 4) увеличением молочного сахара

43. ЛЕЧЕНИЕ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) раствор альбумина
- 2) Урсофальк
- 3) инфузионную терапию
- 4) фототерапию

44. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 1,1 – 1,4
- 2) 0,2 – 0,7

3) 3,0 – 3,3

4) 2,2 – 2,7

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Chlamydia trachomatis

2) Staphylococcus aureus

3) Mycoplasma pneumoniae

4) Escherichia coli

46. СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) снижением уровня холестерина

2) положительной тимоловой пробой

3) повышением содержания щелочной фосфатазы

4) гипербилирубинемией за счёт свободного билирубина

47. СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) увеличение диуреза

2) уменьшение диуреза

3) преобладание ночного диуреза над дневным

4) болезненное мочеиспускание

48. ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

1) стоять при поддержке подмышки (упор на ноги)

2) устойчиво сидеть

3) ползать

4) вставать

49. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) горизонтальном
- 2) возвышенном на больном боку
- 3) лежа на здоровом боку
- 4) сидя

50. В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ _____ ЯЗЫК

- 1) обложенный бело-желтым налетом
- 2) «поджаренный»
- 3) «лаковый»
- 4) «малиновый»

51. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХЕ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме
- 2) лейкоцитоз, лимфопения, СОЭ ускорена
- 3) лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме
- 4) лейкопения, лимфоцитоз, плазматические клетки, СОЭ в норме

52. ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

- 1) пятно, папула, везикула
- 2) пятно, петехия, рубчик
- 3) петехии, некроз, рубчик
- 4) розеола, уртикария, пустула

53. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 5 лет
- 2) 3 лет
- 3) 10 лет

4) 1 года

54. ПРИЗНАКОМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в правом подреберье
- 2) субиктеричность склер
- 3) обложенность языка
- 4) появление телеангиоэктазий

55. В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина
- 2) нарушение внутриклеточной системы энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву
- 3) функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина в мембране эритроцитов
- 4) образование гаптеновых комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита

56. ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТ. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) больше 30%
- 2) больше 50%
- 3) 10-20%
- 4) 20-30%

57. ГИПЕРТЕРМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВЫШЕ ___ °С

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

58. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нефротический
- 2) нефритический

3) изолированный мочевои

4) анемический

59. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

1) 2 : 2

2) 1,5 : 1

3) 1 : 1,5

4) 1 : 2

60. ЧЕМ ОПАСНА СИНДРОМАЛЬНАЯ ФОРМА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?

1) нарушением ритма сердца

2) гипоплазией легких

3) опасностью кровотечения

4) расслаивающейся аневризмой аорты

61. ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

1) легких

2) слюнных желез

3) почек

4) селезенки

62. ПРИ I СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, СРЕДНИЕ УРОВНИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

1) равны или превышают значения 99-го перцентиля более, чем на 5 мм рт.ст.

2) находятся между 10 и 50 перцентилями

3) равны или превышают значения 95-го перцентиля, но меньше значений 99-го перцентиля + 5 мм рт.ст.

4) находятся между 90 и 95 перцентилями

63. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) синдром Рейно
- 2) нейропатия
- 3) нефропатия
- 4) генерализованное поражение мышц

64. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) антител к тканевой трансаминазе
- 2) антител к сахаромецетам
- 3) фекального кальпротектина
- 4) антител к цитоплазме нейтрофилов

65. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ В ЖИВОТЕ

- 1) появляется только после акта дефекации
- 2) постоянная, ноющего характера
- 3) острая («кинжальная») после дефекации
- 4) схваткообразная, усиливается перед актом дефекации

66. ВЗИМАНИЕ ПЛАТЫ С ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) допускается при оказании экстренной медицинской помощи иногородним пациентам
- 2) допускается при обращении за экстренной медицинской помощью лиц в состоянии алкогольного опьянения
- 3) не допускается
- 4) допускается при оказании экстренной медицинской помощи коммерческими медицинскими организациями

67. ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) наличием в них подслизистой основы и высокой степенью васкуляризации
- 2) состоянием голосовых связок

- 3) узостью голосовой щели
- 4) особенностями мышечного аппарата гортани

68. ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО

- 1) повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
- 2) неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
- 3) склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
- 4) изменение реологических свойств мокроты

69. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) вирус Коксаки
- 4) клебсиелла

70. ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой кишечным содержимым
- 2) запавшим животом
- В) появлением в прямой кишке слизистых пробок
- 4) рвотой желудочным содержимым

71. ФОРМА №058/У - ЭТО

- 1) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- 2) история развития ребёнка
- 3) медицинская карта ребёнка
- 4) журнал учёта профилактических прививок

72. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) соматотропин
- 2) гидрокортизон
- 3) гонадотропин хорионический
- 4) инсулин

73. ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ларингит с осиплостью голоса и грубым лающим кашлем
- 2) ларингит с афонией при нормальной или субфебрильной температуре тела
- 3) ларингит с высокой температурой и интоксикацией
- 4) ларингит, сопровождающийся конъюнктивитом и пятнисто-папулезной сыпью

74. СКРИНИНГ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЁЗ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) флюорографии
- 2) иммунодиагностики
- 3) осмотра педиатра
- 4) микроскопии диагностического материала

75. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ X10³

- 1) 100-150
- 2) 150-300
- 3) 50-100
- 4) 300-450

76. ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ

- 1) отсутствие коллатеральной вентиляции
- 2) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
- 3) узость просвета бронхов

4) недоразвитие дыхательного центра

77. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) свежзамороженную плазму и викасол
- 2) витамин E
- 3) антикоагулянты
- 4) антиагреганты

78. УЗИ-ПРИЗНАКОМ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) визуализация порока сердца
- 2) микрогастрис
- 3) выявление трахео-пищеводного свища
- 4) маловодие

79. КОРМЛЕНИЕ МОЛОКОМ МАТЕРИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) приеме матерью антибиотиков
- 2) ВИЧ у матери
- 3) приеме матерью цитостатиков
- 4) сахарном диабете у матери

80. ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) антибактериальная терапия
- 2) диетотерапия
- 3) спазмолитическая терапия
- 4) диуретическая терапия

81. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМАНГИОМ У МЛАДЕНЦЕВ ПРОВОДИТСЯ

- 1) назначением пропранолола

- 2) назначением гормонов
- 3) физиолечением
- 4) гипербарической оксигенотерапией

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отравление
- 2) гемолитико-уремический синдром
- 3) гломерулонефрит
- 4) пиелонефрит

83. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) инактивированной вакциной
- 2) живой ослабленной вакциной
- 3) анатоксином
- 4) полисахаридной вакциной

84. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) β -гемолитический стрептококк группы А
- 2) вирус Коксаки В
- 3) золотистый стафилококк
- 4) гемофильная палочка

85. К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ Кальциневрина, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ

- 1) пимекролимус
- 2) декспантенол
- 3) флутиказон
- 4) мометазон

86. ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) катаральный конъюнктивит и светобоязнь
- 2) птоз и косоглазие
- 3) иридоциклит
- 4) хореоретинит

87. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) вирусы и «атипичные» возбудители
- 2) грамположительные бактерии
- 3) грамотрицательные бактерии
- 4) простейшие

88. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) блок на уровне воротной вены
- 2) цирроз печени
- 3) блок на уровне печеночных вен
- 4) перенесенный гепатит

89. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) капельный
- 2) фекально-оральный
- 3) трансплацентарный
- 4) гемоконтактный

90. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
- 2) экспираторный характер одышки
- 3) вздутие грудной клетки
- 4) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

91. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

- 1) < 18,5
- 2) равен 18,5-25
- 3) равен 25-30
- 4) > 30

92. ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ

- 1) возникающий после какого-либо другого заболевания
- 2) возникающий при установленной дизметаболической нефропатии
- 3) при обострениях частотой 2 и более раз в год
- 4) возникающий на фоне какого-либо другого заболевания

93. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

- 1) нагрузочных проб
- 2) вагальных проб
- 3) пробы Мак-Клюра-Олдрича
- 4) добутаминовой пробы

94. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) перфорация
- 3) пенетрация в поджелудочную железу
- 4) малигнизация

95. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ

- 1) аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин
- 2) гентамицин, левомецетин, фуразолидон

- 3) цедекс, супракс, зиннат
- 4) сумамед, вильпрафенсоллютаб, клацид

96. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бензилпенициллин
- 2) левомицетина сукцинат
- 3) амоксициллин
- 4) цефотаксим

97. СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К _____ МЕСЯЦАМ

- 1) 3-4
- 2) 7-8
- 3) 9-10
- 4) 11-12

98. 2-ОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1) 2-3
- 2) 6-7
- 3) 4-5
- 4) 8-9

99. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- 1) грибковую инфекцию
- 2) грамотрицательную флору
- 3) атипичную флору
- 4) респираторные вирусы

100. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

- 1) желтуха
- 2) склерема
- 3) пиодермия
- 4) адипонекроз

ВАРИАНТ - П-8

1. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ

- 1) 6
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 1

2. В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) антибиотиков
- 2) иммуностимуляторов
- 3) противовирусных препаратов
- 4) глюкокортикоидов

3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ

- 1) 0,2-0,3
- 2) 2-3
- 3) 0,02-0,03
- 4) 20-30

4. КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?

- 1) мясо и молоко
- 2) овощи и фрукты

3) чечевица, фасоль, горох

4) крупяные каши

5. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

1) имеет хронические заболевания в стадии компенсации

2) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)

3) имеет функциональные отклонения или незначительные отклонения в развитии

4) абсолютно здоровый ребенок, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год

6. ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В КОМПЛЕКС ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ВХОДЯТ

1) всегда

2) редко

3) только на госпитальном этапе

4) только на догоспитальном этапе

7. ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ УСТАНАВЛИВАЕТ И УТВЕРЖДАЕТ

1) клинико- экспертная комиссия

2) военно-медицинская комиссия

3) медико-социальная экспертная комиссия

4) главный врач поликлиники

8. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ $\times 10^9/L$

1) 4-5

2) 6-12

3) 13-15

4) 16-20

9. ПРИ ВЫСЕВЕ В МОКРОТЕ БОЛЬНОГО МУКОВИСЦИДОЗОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИМЕНЯЮТ

1) цефтазидим

- 2) тетрациклин
- 3) оксациллин
- 4) цефазолин

10. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) дефицитом коагуляционного звена гемостаза
- 2) несовместимостью по тромбоцитарным антигенам
- 3) несовместимостью по эритроцитарным антигенам
- 4) дефицитом витамина К

11. КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) упорным, грубым, сухим кашлем
- 2) обильными слизистыми выделениями из носа
- 3) яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах
- 4) частым навязчивым коклюшеподобным кашлем

12. РАСЧЕТ ШТАТА ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА _____ УЧАЩИХСЯ

- 1) 500
- 2) 1000
- 3) 8000
- 4) 2000

13. ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

- 1) жидкий, водянистый, без патологических примесей
- 2) скудный, типа «ректального плевка»
- 3) жидкий, типа «малинового желе»
- 4) жидкий, типа «лягушачьей икры»

14. ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хронической почечной недостаточности
- 2) хронической надпочечниковой недостаточности
- 3) хронической дыхательной недостаточности
- 4) длительного дефицита питания

15. ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) приглушенность тонов
- 2) дыхательная аритмия
- 3) ритм галопа
- 4) экстрасистолия

16. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

- 1) в возрасте от 1 до 3 лет
- 2) дошкольного возраста
- 3) младшего школьного возраста
- 4) первого года жизни

17. КРИТЕРИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ 1) ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1) Вольфа-Паркинсона-Уайта
- 2) Морганьи-Адамса-Стокса
- 3) Джервела-Ланге-Нильсена
- 4) Самойлова-Венкебаха

18. ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К

- 1) 2-4 дню
- 2) 1 месяцу
- 3) 1-2 дню

4) 1 неделе

19. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПРОТИВПОКАЗАНО КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА С БАРИЕМ?

- 1) врожденном коротком пищеводе
- 2) атрезии пищевода
- 3) врожденном стенозе пищевода
- 4) халазиокардии

20. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ ЦЕЛЬСИЯ

- 1) 34,0-35,0
- 2) 37,5-38,0
- 3) 35,5-36,0
- 4) 36,5-37,0

21. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

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

22. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) первых 3 дней
- 2) 10-12 лет
- 3) первых 10-12 дней
- 4) первых 3 месяцев

23. ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae

- 2) Mycoplasmapneumonia, Legionellapneumophila
- 3) Chlamydohilapneumonia, Mycoplasma pneumonia
- 4) Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumonia

24. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ОТНОСИТСЯ

- 1) показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин
- 2) снижение жизненной емкости легких
- 3) отрицательная проба с бета2-агонистом
- 4) показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин

25. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) физиологическая анемия младенцев
- 2) атрезия желчевыводящих путей
- 3) гемолитическая болезнь новорожденных
- 4) дефицит витамина В12

26. ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) меньшее количество бурой жировой ткани
- 2) большее количество бурой жировой ткани
- 3) хорошее развитие жировой ткани вокруг внутренних органов
- 4) меньшая относительная масса жировой ткани

27. ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой кишечным содержимым
- 2) появлением в прямой кишке слизистых пробок
- 3) рвотой желчью, зеленью
- 4) вздутием живота

28. СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

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

29. ПОЯВЛЕНИЕ ПАСТОЗНОСТИ ВЕК И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, МОЧИ ЦВЕТА МЯСНЫХ ПОМОЕВ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДО 150/100 ММ РТ.СТ. У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО

- 1) гломерулонефрита с нефритическим синдромом
- 2) поствирусного тубулоинтерстициального нефрита
- 3) дисциркуляторного тубулоинтерстициального нефрита
- 4) гломерулонефрита с нефротическим синдромом, гематурией и артериальной гипертензией

30. СКАЧУЩИЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ

- 1) открытом артериальном протоке
- 2) коарктации аорты
- 3) транспозиции магистральных сосудов
- 4) стенозе легочной артерии

31. МОЧЕКИСЛЫМ ИНФАРКТОМ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отложение кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубках
- 2) очаговая ишемия почечной паренхимы
- 3) отложение белка в канальцах и собирательных трубках
- 4) некроз канальцев

32. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛЕДУЕТ

- 1) в возрасте 1 года
- 2) до 2 лет
- 3) старше 3 лет

4) в период новорожденности

33. МЕТАФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОРАЖАЕТ ВОЗРАСТ ДО

- 1) 1 месяца
- 2) 7 лет
- 3) 10 лет
- 4) 3 лет

34. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ОБОСТРЕНИЯМИ НА ФОНЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 14 ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ОТМЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стероидорезистентным
- 2) часторецидивирующим
- 3) нечасто рецидивирующим
- 4) стероидозависимым

35. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) плохую переносимость транспорта
- 2) белый дермографизм
- 3) мигреноподобные головные боли
- 4) спастические запоры

36. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) ювенильном дерматомиозите
- 2) ювенильном артрите
- 3) склеродермии
- 4) болезни Шенлейна–Геноха

37. ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) на 1-2 месяца

- 2) от 6 мес. до 1 года
- 3) пожизненно
- 4) до пубертатного периода

38. В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ

- 1) профилактика и лечение педикулеза
- 2) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
- 3) диета, лечебные столы, режим, витаминизация
- 4) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация

39. ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В

- 1) 3 месяца
- 2) 4,5 месяца
- 3) 1 год
- 4) 3 года

40. В ПОЛЬЗУ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) высокая лихорадка
- 2) небольшое количество сыпи на коже
- 3) наличие сыпи на слизистых
- 4) длительный период высыпания

41. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- 1) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
- 2) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди
- 3) уменьшить физические нагрузки матери
- 4) увеличить физические нагрузки матери

42. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полифагия
- 2) потеря массы тела
- 3) полиурия
- 4) пастозность

43. НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- 1) изоптина
- 2) лидокаина
- 3) атропина
- 4) аденозина

44. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ГЕМОЛИЗОМ ЭРИТРОЦИТОВ И АНЕМИЕЙ?

- 1) гликогенфосфоорилаза
- 2) гексокиназа
- 3) киназа
- 4) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа

45. ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) лактазар
- 2) фестал
- 3) панзинорм
- 4) креон

46. ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ

- 1) затрудненный выдох во время приступа кашля
- 2) затрудненное дыхание во время приступа кашля
- 3) приступы кашля, преимущественно в ночное время

4) свистящий вдох вслед за приступом кашля

47. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) метилпреднизолон
- 2) иммуноглобулин для внутривенного введения
- 3) финлепсин
- 4) ибупрофен

48. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

- 1) появляются только вечером
- 2) появляются в первую очередь на ногах
- 3) появляются в первую очередь на лице
- 4) твердые

49. РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛ, ПОСИНЕЛ, КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЛСЯ ОКОЛО 10 МИНУТ И БОЛЬШЕ НЕ ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) стеноз гортани
- 2) обструктивный бронхит
- 3) инородное тело бронхов
- 4) острая пневмония

50. ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАКТАНТА ПРОИСХОДИТ В _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

- 1) 36-38
- 2) 24-35
- 3) 16-20
- 4) 39-40

51. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ

- 1) полиартрит
- 2) повышение титра АСЛО
- 3) снижение зубца Т на ЭКГ
- 4) увеличение QT на ЭКГ

52. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ

- 1) антациды
- 2) блокаторы «протонного насоса»
- 3) блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
- 4) М-холинолитики

53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

- 1) спиронолактон
- 2) гипотиазид
- 3) лазикс
- 4) урегит

54. ДНК ИМЕЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА

- 1) HAV
- 2) HCV
- 3) HDV
- 4) HBV

55. ДЛЯ ДИФТЕРИИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1) пневмонии
- 2) отита
- 3) нефроза
- 4) менингита

56. ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

- 1) Т3
- 2) Т4
- 3) окситоцин
- 4) ТТГ

57. СТРОЕНИЕ КЛУБОЧКА НЕФРОНА СТАНОВИТСЯ ИДЕНТИЧНЫМ СТРОЕНИЮ ПОСЛЕДНЕГО У ВЗРОСЛОГО ПОСЛЕ

- 1) 1 года
- 2) 10 лет
- 3) 13-15 лет
- 4) 5 лет

58. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст 3 года
- 2) протекание заболевания у 5-тилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза
- 3) наличие осложнений пневмонии
- 4) состояние средней тяжести на 2-ой день болезни

59. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА

- 1) по передней подмышечной линии
- 2) снаружи от срединно-ключичной линии на 1–2 см
- 3) по срединно-ключичной линии
- 4) кнутри от срединно-ключичной линии на 1–2 см

60. ПОД ЭКТОПИЕЙ ЯИЧКА ПОНИМАЮТ

- 1) абдоминальную ретенцию яичка
- 2) миграцию яичка вне мошонки
- 3) паховую ретенцию яичка
- 4) забрюшинную ретенцию яичка

61. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ И ПРИПУХЛОСТЬЮ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА?

- 1) кожный панариций
- 2) паронихий
- 3) подкожный панариций
- 4) костный панариций

62. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тотальная эмпиема плевры
- 2) плащевидный плеврит
- 3) абсцесс легкого
- 4) ателектаз легкого

63. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

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

64. К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ, ОТНОСЯТ

- 1) полиурию
- 2) озноб
- 3) потливость
- 4) тахикардию

65. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

- 1) синдром вегетативной дистонии
- 2) порок развития сосудов почки
- 3) пиелонефрит
- 4) наследственный нефрит

66. ДЛЯ ДИСХОЛИИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие перегородок и перетяжек
- 2) утолщение стенок желчного пузыря
- 3) наличие эхоплотного гетерогенного осадка
- 4) уплотнение печеночных протоков

67. КРАСНУХА – ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) протекающее с поражением ЦНС, сыпью
- 2) протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве
- 3) характеризующееся симптомами интоксикации и диареей
- 4) протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов

68. ОДНА ДОЗА (0,1 МЛ) ПРЕПАРАТА ППД-Л В СТАНДАРТНОМ РАЗВЕДЕНИИ СОДЕРЖИТ _____ ТЕ

- 1) 5
- 2) 100
- 3) 2
- 4) 10

69. КАКОВ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ?

- 1) атетезоподобные движения
- 2) способность самостоятельно ходить
- 3) способность сидеть с упором под спину

4) способность вставать и стоять с поддержкой

70. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ

1) Аркавина

2) Кера

3) Филатова

4) Брудзинского

71. УЗИ-ПРИЗНАКОМ ИНВАГИНАТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) симптом «треугольной площадки»

2) наличие выпота в брюшной полости

3) симптом «маятникообразного движения» в кишечнике

4) симптом «мишени»

72. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТКИ) ДЛЯ РЕБЁНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

1) 2,2

2) 3,5

3) 2,9

4) 2,6

73. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) увеличение плотности мочи

2) повышение мочевины крови

3) повышение остаточного азота

4) уменьшение плотности мочи

74. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

- 2) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина
- 3) уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина
- 4) только уровень сывороточного железа

75. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

- 1) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 2) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 3) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) хронические заболевания в стадии компенсации

76. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРИ?

- 1) бактериологическое исследование
- 2) бактериоскопия
- 3) РПГА
- 4) ПЦР

77. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛАБИРИНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) anosmia
- 2) зуд в наружном слуховом проходе
- 3) периостит в заушной области
- 4) нистагм

78. ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) заболевании почек
- 2) заболевании печени
- 3) геморрагических заболеваниях
- 4) сердечной недостаточности

79. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

- 1) холестерина
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) печеночно-клеточных ферментов
- 4) протромбина

80. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФА ВОЗМОЖНО ДЕТЯМ

- 1) первого года жизни
- 2) в любом возрасте
- 3) с 6-ти лет
- 4) с 3-х лет

81. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) контактный
- 2) водный
- 3) пищевой
- 4) воздушно-капельный

82. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ АЛЬДЕГИДОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) формалин
- 2) сулема
- 3) калия перманганат
- 4) карболовая кислота

83. ВОРОНКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГОРТАНИ, УЗОСТЬ ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ, БОГАТСТВО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРОВЕНОСНЫМИ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДАМИ СОХРАНЯЮТСЯ У РЕБЕНКА ДО _____ ЛЕТ

- 1) 5

- 2) 3
- 3) 7
- 4) 12

84. ПРИЗНАКИ СУБТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) в первые 6 месяцев жизни
- 2) в первый год жизни ребенка
- 3) до 3 лет
- 4) в периоде новорожденности

85. РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) крапивнице
- 2) анафилактическом шоке
- 3) сывороточной болезни
- 4) отеке Квинке

86. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 2) стрептококк группы В
- 3) зеленающий стрептококк
- 4) стафилококки

87. МОТОРНАЯ (АКТИВНАЯ) РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К _____ МЕСЯЦАМ

- 1) 10-12
- 2) 8-9
- 3) 12-14
- 4) 15-16

88. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

- 1) отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях
- 2) дельта-волна
- 3) полная блокада правой ножки пучка Гиса
- 4) отклонение электрической оси сердца влево

89. ЭКССУДАТ, СОСТОЯЩИЙ НА 80% ИЗ ЛИМФОЦИТОВ, 15% НЕЙТРОФИЛОВ И 5% ЭРИТРОЦИТОВ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) геморрагического плеврита
- 2) серозного плеврита
- 3) посттравматического плеврита
- 4) хилезного плеврита

90. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) гипервитаминозе Д
- 2) гиперпаратиреозе
- 3) фосфат-диабете
- 4) спазмофилии

91. ЕЖЕДНЕВНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ С ВИТАМИН-Д ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕ

- 1) 500 – 1000
- 2) 2000 – 4000
- 3) 10 000 – 15 000
- 4) 7000 – 8000

92. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО

- 1) после 2 мес. возраста
- 2) по установлению диагноза
- 3) после 6 мес. возраста

4) в возрасте старше года

93. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО _____ %

1) 10

2) 40

3) 25

4) 50

94. К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

1) кардит

2) полиартрит

3) лихорадка

4) кольцевидная эритема

95. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) кратковременная лихорадка

2) рвота и диарейный синдром

3) гепатоспеномегалия

4) сыпь и головная боль

96. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АТТЕСТАЦИИ ВРАЧАМ И СРЕДНИМ МЕДРАБОТНИКАМ ПРИСВАИВАЕТСЯ

1) квалификационная категория

2) сертификат специалиста

3) ученая степень

4) разряд

97. НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) апноэ во сне (до 20 сек. и более)
- 2) глубоким вдохом
- 3) поверхностным дыханием
- 4) апноэ во сне (до 10 сек.)

98. РЕБЕНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1) гипервитаминоза D
- 2) гиперкалиемии
- 3) спазмофилии
- 4) тахифилаксии

99. ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) дыхательной недостаточностью
- 2) явлениями дисфагии
- 3) сердечной недостаточностью
- 4) пищеводным кровотечением

100. ТЕРМИН «ПАРАТРОФИЯ» ОЗНАЧАЕТ

- 1) острое расстройство питания с дегидратацией
- 2) хроническое расстройство питания с избытком массы
- 3) ожирение 4 степени
- 4) хроническое расстройство питания с дефицитом массы

ВАРИАНТ - П-9

1. ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ–ДЕБРЕ–ФАНКONI НАБЛЮДАЮТ

- 1) повышение реабсорбции глюкозы, бикарбонатов натрия, фосфатов в проксимальных канальцах
- 2) нарушение аммионогенеза и секреции ионов водорода в дистальных отделах почечных канальцев
- 3) повышение реабсорбции бикарбонатов натрия, кальция, фосфатов в проксимальных канальцах
- 4) снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах

2. ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?

- 1) дефекте межпредсердной перегородки
- 2) стенозе легочной артерии
- 3) стенозе аорты
- 4) коарктации аорты

3. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТНОСЯТ

- 1) бледность кожи и слизистых оболочек
- 2) общую слабость, снижение аппетита
- 3) быструю утомляемость, головокружение
- 4) миалгию, мышечную гипотонию

4. ХАРАКТЕРНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) афтоидные язвы на фоне неизменной слизистой
- 2) лимфангиэктазы, отсутствие сосудистого рисунка
- 3) микроабсцессы, контактная кровоточивость
- 4) локальные поражения слизистой оболочки толстой кишки по типу «бульжной мостовой»

5. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тоговирус
- 2) ротавирус
- 3) риновирус
- 4) РС-вирус

6. ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В

- 1) форме № 112
- 2) журнале переписи детского населения

3) журнале учета бактериальных препаратов

4) форме № 030

7. ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

1) встать, садиться, переступать в кроватке

2) самостоятельно ходить

3) самостоятельно есть ложкой

4) самостоятельно снимать одежду

8. ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО

1) 2000

2) 3000

3) 500

4) 1000

9. КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

1) синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1–V3 отведениях

2) левожелудочковые экстрасистолы, синусовая брадикардия

3) отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях

4) отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях

10. ДИАГНОЗ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ

1) повторных эпизодах острого бронхита 2-3 и более раз в год на фоне респираторных вирусных инфекций

2) обострениях хронического воспаления бронхов 2-3 и более раз в год на протяжении 2-х и более лет подряд

3) повторных эпизодах обструктивного бронхита

4) приступах бронхиальной астмы 1-2 раза в неделю

11. АРБИДОЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

1) 4

2) 6

3) 10

4) 2

12. ИММУНИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ПРОВОДЯТ С

1) рождения

2) трех месяцев

3) месяца

4) года

13. ДОКУМЕНТ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ОПЛАТУ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМ И МУНИЦИПАЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

1) единовременное пособие по рождению ребенка

2) родовой сертификат

3) свидетельство о рождении ребёнка

4) страховой полис

14. МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

1) состояния слизистой оболочки мочевого пузыря

2) наличия конкрементов в мочевом пузыре

3) заброса мочи в мочеточники

4) положения устьев мочеточников

15. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) разнокалиберные влажные хрипы при аускультации

2) инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме

3) воспалительные изменения в общем анализе крови

4) повышение температуры, кашель влажный, симптомы

16. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) наличие пучка Кента
- 3) слабость синусового узла
- 4) сердечная недостаточность

17. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ?

- 1) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
- 2) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «влево»
- 3) преобладание лимфоцитов
- 4) преобладание моноцитов

18. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) болезни Гиршпрунга
- 2) пилоростенозе
- 3) синдроме Ледда
- 4) мекониальномилеусе

19. УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ИМЕЕТ

- 1) 3-частную структуру
- 2) структуру по усмотрению учителя физкультуры
- 3) 4-частную структуру
- 4) 2-частную структуру

20. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

- 1) «Фрисовом»
- 2) «Сэмпербифидус»
- 3) «Нэнни»
- 4) «Алфаре»

21. В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО МОНОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- 1) 0-8
- 2) 9-10
- 3) 11-15
- 4) 16-25

22. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ _____%

- 1) 60
- 2) 70
- 3) 80
- 4) 90

23. РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ НА КОЖЕ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО ХАРАКТЕРА. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ

- 1) переносимость
- 2) внутриутробная инфекция
- 3) токсическая эритема новорожденных
- 4) монголоидные пятна

24. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ

- 1) 2-3-й
- 2) 1-ый
- 3) 5-7
- 4) 10-14

25. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО В

- 1) 1,5-2 года

- 2) периоде новорожденности
- 3) 5 лет
- 4) возрасте до 7 лет

26. ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РВОТА

- 1) створоженной пищей
- 2) неизменённой пищей
- 3) с примесью желчи
- 4) с алой кровью

27. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прикладывание к груди в течение первого часа после рождения
- 2) эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка
- 3) качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному
- 4) соматическая и гинекологическая патология матери

28. ПРИ АКТИВНОМ ТЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧАЮТ

- 1) циркулярный душ
- 2) дидинамотерапию
- 3) электрофорез фурадонина
- 4) аэрозольтерапию

29. ПРОВЕДЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД (СМАД) В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ _____ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) реноваскулярной
- 2) ренальной
- 3) первичной
- 4) эндокринной

30. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- 1) артралгия
- 2) лихорадка
- 3) кардит
- 4) увеличение СРБ

31. ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) сниженной активности естественных антикоагулянтов
- 2) повышенной функциональной активности тромбоцитов
- 3) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- 4) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

32. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) локальная боль и рвота
- 2) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- 3) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- 4) симптом Щеткина-Блюмберга и рвота

33. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

- 1) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
- 2) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
- 3) здоровых, ранее закаливаемых
- 4) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации

34. КАКИМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТУРИИ У ДЕВОЧКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОРВИ?

- 1) не придавать этому факту особого значения, так как моча собрана без предварительного туалета наружных половых органов
- 2) назначить фурадонин

- 3) после исключения вульвовагинита направить в дневной стационар для детального обследования
- 4) не придавать этому факту особого значения, расценив мочевои синдром как реакцию почек на инфекцию

35. ЧТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ ОЛИГУРИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- 1) гипокалиемия, гипернатриемия
- 2) только гипернатриемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) гиперкалиемия, гипонатриемия

36. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) антител к двуспиральной ДНК
- 2) ревматоидного фактора
- 3) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- 4) креатинфосфокиназы

37. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

- 1) теле желудка
- 2) антральном отделе желудка
- 3) луковице двенадцатиперстной кишки
- 4) в области дна желудка

38. СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) капельный
- 2) фекально-оральный
- 3) трансмиссивный
- 4) пищевой

39. ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

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

40. ЗНАНИЕ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1) выполнения спинномозговой пункции
- 2) оценки моторики ребенка
- 3) оценки состава ликвора
- 4) оценки безусловных рефлексов у ребенка

41. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
- 2) ультразвуковое исследование поджелудочной железы
- 3) копрологический
- 4) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

42. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ

- А) трансмиссивным
- Б) вертикальным
- 2) половым
- 3) фекально-оральным

43. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛФК ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие активных движений мимической мускулатуры
- 2) симптом хвостека
- 3) температура тела 37,3°C
- 4) подострый период

44. ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

- 1) с возрастом не меняется
- 2) меняется только на 1-м году жизни
- 3) с возрастом меняется
- 4) не зависит от возраста

45. К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ

- 1) цилиндрические бронхоэктазы с наличием содержимого в бронхах
- 2) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)
- 3) кистозные бронхоэктазы на КТ
- 4) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)

46. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ

- 1) хоботковый
- 2) тонический
- 3) поисковый
- 4) хватательный

47. ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВЯЗАН С

- 1) повышением внутрикостного давления
- 2) разрушением костной структуры
- 3) воспалением надкостницы
- 4) формированием патологического свища

48. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

- 1) 6-ти месяцев
- 2) 1,5 лет
- 3) 8–9 месяцев

4) 1 года жизни

49. ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение фракции выброса
- 2) уменьшение полостей сердца
- 3) наличие вегетации на клапанах
- 4) пролабирование створок митрального клапана в полость левого желудочка

50. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) пыльца полыни
- 2) пыльца березы
- 3) белок коровьего молока
- 4) домашняя пыль

51. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) непрямой гипербилирубинемией
- 2) повышением уровня трансаминаз
- 3) прямой гипербилирубинемией
- 4) ретикулоцитозом

52. ПРИ РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛИТА В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) кора мозга
- 2) подкорковые структуры
- 3) мозжечок
- 4) ствол мозга

53. НАИБОЛЕЕ СЛАБО ВЫРАЖЕНО ДЕЙСТВИЕ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

- 1) пенообразующее

- 2) дезодорирующее
- 3) механическое очищение раны
- 4) антимикробное

54. СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____
ММОЛЬ/Л

- 1) 6.0-7.0
- 2) 4.0-5.5
- 3) 3.0-3.5
- 4) 10.0-11.5

55. ПРИ ВЛАЖНОМ КАШЛЕ С ТРУДНО ОТХОДЯЩЕЙ МОКРОТОЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- 1) муколитики
- 2) наркотические противокашлевые средства центрального действия
- 3) ненаркотические противокашлевые средства центрального действия
- 4) противокашлевые средства периферического действия

56. ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- 2) снижения секреции антидиуретического гормона
- 3) терапии диуретиками
- 4) внутривенного введения больших объемов жидкости

57. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СЧИТАЕТСЯ

- 1) нарушение питания ребенка
- 2) перенесенная кишечная инфекция
- 3) низкая кишечная непроходимость
- 4) отсутствие нервных ганглиев в Мейснеровском и Ауэрбаховском сплетении стенки толстой кишки

58. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С ___ МЕСЯЦЕВ

- 1) 6-ти
- 2) 7-ми
- 3) 9-ти
- 4) 10-ти

59. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1) рвоту
- 2) судороги
- 3) диарею
- 4) приступ кашля

60. РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРЕДШЕСТВУЕТ _____ ИНФЕКЦИЯ

- 1) кишечная
- 2) стрептококковая
- 3) стафилококковая
- 4) вирусная

61. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1) интерферонового ряда
- 2) антибактериальные и противовирусные
- 3) антиоксидантные и витаминные
- 4) сосудистые и ноотропные

62. ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА

- 1) оттеснения надгортанника большим языком

- 2) недоразвития носовых ходов
- 3) недоразвития челюсти
- 4) мягкости надгортанника

63. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА

- 1) в образовательных учреждениях
- 2) связанная с неблагоприятными метеофакторами
- 3) предполагающая незначительные физические нагрузки
- 4) на компьютере

64. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенография грудной клетки
- 2) фиброэзофагоскопия
- 3) рентгенография пищевода с контрастом
- 4) биохимический анализ крови

65. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) токсико-аллергическим
- 2) иммунокомплексным
- 3) инфекционно-воспалительным
- 4) инфекционно-аллергическим

66. ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) блокаторы кальциевых каналов
- 2) бета - адреноблокаторы
- 3) антиаритмические препараты
- 4) сердечные гликозиды

67. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО ОДНОВРЕМЕННО НАЗНАЧИТЬ

- 1) фолиевую кислоту

- 2) ретинол
- 3) соли калия и магния
- 4) пиридоксин

68. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ

- 1) колит, энтерит
- 2) энцефалит, менингоэнцефалит, менингит
- 3) эндокардит, миокардит
- 4) орхит, паротит

69. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ

- 1) медицинскими учреждениями
- 2) фондами ОМС
- 3) страховыми организациями (компаниями)
- 4) государством

70. СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА СОСТАВЛЯЕТ 1:4 С ВОЗРАСТА

- 1) 1 года
- 2) 6 месяцев
- 3) 10 лет
- 4) 5 лет

71. ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ДИФТЕРИИ?

- 1) выделение из материала нетоксического штамма коринобактерий
- 2) нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше
- 3) выделение из материала гемолитического стрептококка
- 4) нарастание титров противовирусных антител

72. АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

- 1) клубочковой зоной надпочечников
- 2) задней долей гипофиза
- 3) щитовидной железой
- 4) передней долей гипофиза

73. КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 1) хорошо фиксирована
- 2) короткая
- 3) расположена в малом тазу
- 4) длинная

74. В СЛУЧАЕ АСПИРАЦИОННОГО БРОНХИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) гипертермии
- 2) ночном кашле
- 3) выявлении рефлюкса
- 4) невозможности проведения лечебных антирефлюксных мероприятий

75. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ

- 1) 5-7
- 2) 10-14
- 3) 14-21
- 4) 7-10

76. ПОД СИНДРОМОМ БАДДА-КИАРИ ПОНИМАЮТ

- 1) хроническое заболевание печени
- 2) тромбоз воротной вены
- 3) портальную гипертензию с асцитом

4) нарушение венозного оттока от печени

77. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1) запрещаются
- 2) разрешаются всегда
- 3) разрешаются лишь после консультации невролога
- 4) разрешаются, если нет срыгиваний

78. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ

- 1) головную боль, головокружение, потемнение в глазах
- 2) выраженный озноб
- 3) сухость во рту
- 4) повышение артериального давления

79. К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ

- 1) крапивницу
- 2) аллергический дерматит
- 3) анафилактический шок
- 4) аллергический васкулит

80. ТИПИЧНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ
- 2) лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров, нормальное СОЭ
- 3) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ
- 4) лейкопения, нейтропения, ускоренное СОЭ

81. РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И РОСТА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) гипостатурой

- 2) паратрофией
- В) гипотрофией
- 4) кахексией

82. БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

- 1) прямого билирубина
- 2) прямого билирубина + свободного гемоглобина
- 3) непрямого билирубина + свободного гемоглобина
- 4) непрямого билирубина

83. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево
- 2) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз
- 3) лейкопению, лимфопению, моноцитоз
- 4) лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию

84. БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями
- 2) рецидивирующими вирусными инфекциями
- 3) рецидивирующими грибковыми инфекциями
- 4) аллергическими состояниями

85. ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПОПАДАЕТ В ЖЕЛЕЗИСТЫЕ ОРГАНЫ

- 1) аэрогенно
- 2) гематогенно
- 3) лимфогенно
- 4) через проток слюнной железы

86. ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЫПЬ БЫВАЕТ

- 1) мелкоточечной со сгущением в кожных складках
- 2) с ложным полиморфизмом
- 3) мелкопятнистой
- 4) геморрагической

87. ОСОЗНАННАЯ УЛЫБКА У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 3-4
- 2) 5-6
- 3) 1-2
- 4) 7 – 8

88. ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) с 6-ти месяцев жизни
- 2) на 2-м году жизни
- 3) сразу после рождения
- 4) на 3-м году жизни

89. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

- 1) дезагреганты
- 2) антикоагулянты
- 3) глюкокортикоиды
- 4) мембраностабилизаторы

90. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К IV ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

- 1) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 2) абсолютно здоровый, болеющий простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 3) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) функциональные отклонения, реконвалесценты после перенесенных инфекционных заболеваний

91. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ДОЗЕ 500-1000 МЕ ВИТАМИНА D ЕЖЕДНЕВНО С

- 1) 1-го месяца
- 2) 2-го месяца
- 3) 10-14 суток жизни
- 4) 3-го месяца

92. ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) срыгивание
- 2) обесцвеченный кал
- 3) гиперемия кожи
- 4) олигурия

93. О ЧАСТОМ РЕЦИДИВИРОВАНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СПРАВЕДЛИВО ГОВОРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) двух обострений за 6 месяцев
- 2) одного обострения за 5 месяцев
- 3) одного обострения за 12 месяцев
- 4) двух обострений за 12 месяцев

94. В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1) метотрексат
- 2) азатиоприн
- 3) 6 меркаптопурин
- 4) циклофосфамид

95. НАЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) после еды
- 2) до еды
- 3) вне зависимости от приема пищи

4) после приема антацидов

96. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ КРАСНУХЕ ПРОИСХОДИТ

1) одномоментно в течение нескольких часов

2) поэтапно в течение 3-х дней

3) в течение 1-2-х суток

4) молниеносно

97. ПОЛОСКА ГНОЯ В СРЕДНЕМ НОСОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1) острого ринита

2) острого синусита

3) острого ринофарингита

4) дифтерии носа

98. КАКИМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ?

1) постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки

2) тихий, мягкий тембр, не проводится экстракардиально, короткий

3) меняется после физической нагрузки, грубый, диастолический

4) связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки

99. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИУРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) проба Швахмана

2) анализ мочи по Нечипоренко

3) проба Сулковича

4) проба Макклюра – Олдрича

100. ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗРАСТАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

1) гематокрита

2) креатинина

3) связанного билирубина

4) глюкозы крови

ВАРИАНТ - П-10

1. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ослабление 1 тона
- 2) усиление 2 тона на легочной артерии
- 3) систолический шум вдоль нижней половины левого края грудины
- 4) брадикардия

2. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ, КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ритуксимаб
- 2) адалимумаб
- 3) абатацепт
- 4) тоцилизумаб

3. ПРИЧИНОЙ АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дуоденогастральный рефлюкс
- 2) хеликобактериоз
- 3) травма слизистой оболочки желудка
- 4) анацидность

4. СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ

- 1) малиновое желе
- 2) ректальный плевок
- 3) серую глину
- 4) болотную тину

5. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение рождаемости доношенных детей

- 2) увеличение удельного веса выздоровевших детей
- 3) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов
- 4) снижение стоимости медицинских препаратов

6. НЕЙТРОПЕНИЕМ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ НИЖЕ _____ $\times 10^9/\text{л}$

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

7. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СНИЖАЕТСЯ

- 1) ЖЕЛ
- 2) ОФВ1
- 3) МОС25-75
- 4) индекс Тиффно

8. ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- 1) гипотрофии правого сердца
- 2) снижения PaO_2
- 3) прогрессирующей эмфиземы легких
- 4) респираторного ацидоза

9. АНИЗОКОРИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ _____ НЕРВА

- 1) отводящего
- 2) глазодвигательного
- 3) зрительного
- 4) блокового

10. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1-3 года
- 2) 3-8 лет
- 3) 8-12 лет
- 4) старше 12 лет

11. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГРИППА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) слабо выраженные симптомы интоксикации и катаральные симптомы
- 2) яркий катаральный синдром и парез нижних конечностей
- 3) иктеричность кожных покровов и яркий катаральный синдром
- 4) парез нижних конечностей и катаральные симптомы

12. К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дети, имеющие ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- 2) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- 3) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- 4) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

13. НЕДОРАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) микрогения
- 2) прогнатия
- 3) микрогнатия
- 4) микрогения

14. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спирография
- 2) компьютерная томография легких

3) пикфлоуметрия

4) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

15. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ P ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

1) пароксизмальной желудочковой тахикардии

2) атриовентрикулярной блокады 2 степени

3) пароксизмальной предсердной тахикардии

4) предсердной экстрасистолии

16. НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г

1) 1200

2) 1000

В) 1500

4) 1750

17. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ

1) рвота с примесью алой крови

2) пенистое отделяемое изо рта и носа

3) отсутствие меконеального стула

4) рвота «кофейной гущей»

18. ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1) незрелости структур головного мозга

2) травмы головного мозга

3) повреждения мозговых структур свободным билирубином

4) дегенерации передних рогов спинного мозга

19. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗАКАЛЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПРОВОДЯТ

1) расчет индекса здоровья

- 2) определение температуры тела ребенка
- 3) исследование сосудистой реакции на охлаждение
- 4) изучение заболеваемости

20. ПРИ ОСТРОЙ АТАКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА

- 1) реоренография
- 2) экскреторная урография
- 3) хромоцистоскопия
- 4) ретроградная пиелография

21. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ СОСТОИТ В

- 1) массаже поражённой конечности
- 2) ручном исправлении деформации с фиксацией гипсовым сапожком
- 3) бинтовании по Финку-Эттингену и массаже поражённой конечности
- 4) лечебной гимнастике

22. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

- 1) мясное пюре
- 2) овощное пюре
- 3) творог
- 4) яблочное пюре

23. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

- 1) протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
- 2) бактериурия
- 3) гематурия
- 4) гипертония

24. КАКОЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- 1) транспозиция магистральных сосудов
- 2) открытый артериальный проток
- 3) дефект межпредсердной перегородки
- 4) дефект межжелудочковой перегородки

25. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) тромбоцитопения, эозинофилия
- 2) тромбоцитоз, лимфоцитоз
- 3) лейкоцитоз, тромбоцитопения
- 4) лейкопения, тромбоцитопения

26. ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МАНИФЕСТИРУЕТ

- 1) во втором полугодии жизни
- 2) в пубертатном возрасте
- 3) в дошкольном возрасте
- 4) в любом возрасте

27. ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- 1) лице
- 2) любых участках тела
- 3) туловище
- 4) конечностях

28. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) рождения
- 2) 3 месяцев
- 3) 6 месяцев

4) 1 года

29. ВЕЗИКУЛЫ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) ветряной оспы
- 2) скарлатины
- 3) псевдотуберкулеза
- 4) листериоза

30. ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ И НЕ ИМЕЮЩИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВАКЦИНАЦИИ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА

- 1) БЦЖ в дозе 0,025 мг
- 2) БЦЖ-М в дозе 0,05 мг
- 3) БЦЖ в дозе 0,05 мг
- 4) БЦЖ-М в дозе 0,025 мг

31. КАКОВЫ ПРИЗНАКИ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УРОКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ?

- 1) незначительное покраснение лица и незначительная степень потливости
- 2) значительная гиперемия лица и большая степень потливости
- 3) резкое покраснение лица и очень большая степень потливости
- 4) незначительное покраснение лица и очень большая степень потливости

32. ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СИНДРОМ

- 1) интоксикационный
- 2) дизурический
- 3) диспептический
- 4) болевой

33. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) спастические запоры
- 2) повышение артериального давления
- 3) красный дермографизм
- 4) гипергидроз ладоней и стоп

34. К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- 1) артралгия
- 2) кардит
- 3) полиартрит
- 4) анулярная эритема

35. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) копрологическое исследование
- 2) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
- 3) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
- 4) УЗИ брюшной полости

36. СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА

- 1) разгибательных поверхностях туловища и конечностей
- 2) лице, груди, животе
- 3) волосистой части головы
- 4) ягодицах, нижних конечностях, внизу живота

37. ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

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

4) 5

38. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) вирусных инфекциях
- 2) острых бактериальных инфекциях
- 3) хронических воспалительных заболеваниях
- 4) сепсисе

39. КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
- 2) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной системы, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
- 3) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем, определяющие необходимость социальной защиты
- 4) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

40. ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1) стафилококковых пиодермий
- 2) стрептококковых пиодермий
- 3) генодерматозов
- 4) аллергодерматозов

41. СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

- 1) дистальных канальцев почек
- 2) петель Генле
- 3) почечных клубочков
- 4) чашечно-лоханочной системы

42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кандидоз полости рта

- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) остеопороз
- 4) гипогликемия

43. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В

- 1) первое полугодие жизни
- 2) конце первого года жизни
- 3) конце первого месяца жизни
- 4) первые часы после рождения

44. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ

- 1) со смещения по ширине
- 2) со смещения по длине
- 3) с устранения ротационного смещения
- 4) с углового смещения

45. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЁНКА - ____ МЕС.

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

46. ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) левомецетин
- 2) пенициллин
- 3) азитромицин
- 4) аминогликозиды

47. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ _____ ЦЕНТИЛЮ

- 1) 50
- 2) 95
- 3) 75
- 4) 99

48. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поражение мелких суставов
- 2) утренняя скованность суставов
- 3) длительное течение артрита
- 4) летучесть болей

49. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ

- 1) бытовые
- 2) пищевые
- 3) лекарственные
- 4) пыльцевые

50. ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острое начало с высокой температуры и катаральными явлениями
- 2) острое начало с грубого лающего кашля и хриплого голоса
- 3) быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля
- 4) постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни стенотического дыхания

51. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИУРИИ ПРИ СБОРЕ МОЧИ МЕТОДОМ «СВОБОДНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ» РАВЕН _____ МЛ

- 1) 100000
- 2) 5000
- 3) 10000

4) 1000000

52. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) респираторно-синтициальный вирус
- 2) коронавирус
- 3) ротавирус
- 4) метапневмовирус

53. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1) II ребра
- 2) II межреберья
- 3) III ребра
- 4) III межреберья

54. ПОЛНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРЕН В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

- 1) до 1 года
- 2) от 5 до 12 лет
- 3) от 1 до 3 лет
- 4) от 3 до 5 лет

55. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- 1) рисовой
- 2) овсяной
- 3) гречневой
- 4) кукурузной

56. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) на высоте респираторного заболевания

- 2) через месяц после перенесенного респираторного заболевания
- 3) без связи с перенесенными заболеваниями
- 4) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции

57. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) дефекте межжелудочковой перегородки
- 2) стенозе легочной артерии
- 3) корригированной транспозиции магистральных сосудов
- 4) клапанном стенозе аорты

58. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРЕН ПАРАПРОКТИТ?

- 1) неспецифический язвенный колит
- 2) проктосигмоидит
- 3) болезнь Крона
- 4) постинфекционный колит

59. МАРКЕРОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анти-HAVIgM
- 2) HBS-Ag
- 3) анти-HAVIgG
- 4) анти-HBcor-сумм.

60. ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВЕДУЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПАССИВНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкопластырное натяжение со здоровой стороны на пораженную
- 2) исходное положение лёжа на боку (на непораженной стороне)
- 3) лейкопластырное натяжение с пораженной стороны на здоровую
- 4) исходное положение лежа

61. ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЗАВЕРШАЕТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1) 5
- 2) 8
- 3) 2
- 4) 12

62. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антигистаминные препараты
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) ингаляционные глюкокортикоиды
- 4) ингибиторы циклооксигеназы

63. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) УЗИ
- 2) ирригография
- 3) радиоизотопное сканирование
- 4) МРТ

64. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ

- 1) 6
- 2) 7
- 3) 8
- 4) 9

65. К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
- 2) повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела
- 3) снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
- 4) повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов

66. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ СЫПИ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ

- 1) сыпь мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах
- 2) полиморфная сыпь, симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение сыпи вокруг суставов
- 3) сыпь крупнопятнистая, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию, этапность высыпания
- 4) сыпь пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре

67. ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тромбоз кавернозного синуса
- 2) тромбоз сигмовидного синуса
- 3) тромбоз поперечного синуса
- 4) деформация наружного носа

68. РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ ЛЕГКОГО ЗАВЕРШАЕТСЯ К

- 1) 5 годам
- 2) рождению
- 3) 12 годам
- 4) 12 месяцам

69. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ

- 1) кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
- 2) остеокальцина, кальция, калия и магния
- 3) паратгормона
- 4) тироксина

70. СИНДРОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С «ШУМОМ ПЛЕСКА» В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ БЫВАЕТ ПРИ

- 1) гемотораксе
- 2) врожденной локализованной эмфиземе
- 3) диафрагмальной грыже

4) серозном плеврите

71. ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ОБНАРУЖИВАЮТ

1) гиперплазию пучковой зоны коры надпочечников

2) массивные кровоизлияния

3) атрофию коры надпочечников

4) туберкулез

72. К КАКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИВОДИТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

1) заброс химуса из слепой кишки в подвздошную

2) затруднение продвижения химуса

3) кишечная колика

4) диарея, чередующаяся с запором

73. ПРИ НАЛИЧИИ КАКОГО СИМПТОМА В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ?

1) одышка

2) интоксикация

3) кашель

4) приступ удушья

74. ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

1) метаболический ацидоз, гипогликемия

2) катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия

3) метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена

4) гипергликемия, алкалоз

75. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ЛОЖНОМ СУСТАВЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

1) консервативное лечение

2) наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

- 3) резекцию участка псевдоартроза с аутопластикой
- 4) резекцию с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации

76. РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С

- 1) 8-9 месяцев
- 2) 10-11 месяцев
- 3) 5-6 месяцев
- 4) 1 года

77. КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?

- 1) ферритин
- 2) гемосидерин
- 3) трансферрин
- 4) миоглобин

78. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недостаточность коры надпочечников
- 2) остеопороз
- 3) кандидоз полости рта
- 4) гипогликемия

79. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) миокардит, полинейропатия
- 2) менингит, менингоэнцефалит
- 3) пневмония, ателектаз легкого
- 4) орхит, бесплодие

80. ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
- 2) тактильная стимуляция дыхания

- 3) восстановление проходимости дыхательных путей
- 4) восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

81. СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕГО МУРЛЫКАНИЯ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) гипертрофии правого желудочка
- 2) стенозе устья аорты
- 3) митральном стенозе
- 4) тахикардии

82. ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СНИМОК В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ РЕБЁНКА ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ

- 1) определения функции почки
- 2) диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса
- 3) выявления патологической подвижности почки
- 4) выявления камня лоханки

83. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ ___ ДНЕЙ

- 1) 11
- 2) 17
- 3) 9-12
- 4) 2-7

84. КАКОВ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ?

- 1) стойкое удерживание головы, лежа на животе
- 2) фиксация взора на ярком предмете
- 3) координированные движения
- 4) кратковременный сон

85. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) общей интоксикацией, поражением слюнных желез, железистых органов, нервной системы
- 2) синдромом диареи, развитием обезвоживания
- 3) поражением только нервной системы (серозный менингит) или только железистых органов (поджелудочной, половых и др.)
- 4) поражением слизистых оболочек нижних дыхательных путей, развитием ларингита

86. ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ МИНДАЛИН НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) подросткового возраста
- 2) юношеского возраста
- 3) раннего детства
- 4) сразу после рождения

87. ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) при тиреотоксикозе
- 2) во время сна
- 3) при кровоизлиянии в мозг
- 4) при переохлаждении

88. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нервный стресс
- 2) развитие инфекционных заболеваний
- 3) перегрев ребенка
- 4) прекращение грудного вскармливания

89. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ РЕБЁНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

- 1) феррум-лек
- 2) мультитабс
- 3) витрум бэби
- 4) сорбифердуролес

90. ТЕСТ МАЛИНОВСКОГО ПРИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ДЕТЕЙ

- 1) с нормальной остротой зрения и риском развития миопии
- 2) с нарушением осанки и сколиозами
- 3) с уплощением стоп и плоскостопием
- 4) не подготовленных к началу систематических занятий в школе

91. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ В ПИТАНИИ ОГРАНИЧИВАЮТ

- 1) редис
- 2) капусту
- 3) картофель
- 4) абрикосы

92. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) хронической кровопотере
- 2) гельминтозе
- 3) гемолизе эритроцитов
- 4) нерациональном вскармливании

93. К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ОМЕПРАЗОЛ?

- 1) блокаторам кальциевых каналов
- 2) блокаторам K^+-Na^+ АТФ-азы
- 3) блокаторам H_2 гистаминовых рецепторов
- 4) блокаторам H_1 гистаминовых рецепторов

94. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КРАСНУХИ ОТНОСЯТ

- 1) поражение ЦНС, геморрагическую сыпь
- 2) увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов

- 3) выраженные симптомы интоксикации и диарею
- 4) боли в животе, мышечную гипотонию

95. ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля
- 2) стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании
- 3) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
- 4) приказом главного врача медицинской организации

96. МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

- 1) функциональную остаточную емкость
- 2) внутригрудной объем газа
- 3) жизненную емкость легких
- 4) аэродинамическое сопротивление дыхательных путей

97. ПРИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СДВИГ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ В СТОРОНУ

- 1) метаболического алкалоза
- 2) метаболического ацидоза
- 3) дыхательного ацидоза
- 4) дыхательного алкалоза

98. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

- 1) часто болеет простудными заболеваниями – 4 и более раз в год
- 2) хронические заболевания в стадии компенсации
- 3) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год, локаторам рецепторов ангиотензина

99. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) парвовирус
- 2) вирус герпеса 1 типа
- 3) вирус Эпштейн-Барр
- 4) вирус герпеса 6 типа

100. ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- 1) стоять с поддержкой
- 2) ползать
- 3) сидеть с упором под спину
- 4) ходить с поддержкой

Кейс-задания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л.

Серологическое исследование АТ к тканевой трансаминазе: IgA – 38 АУ/мл; IgG – 10 АУ/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно

, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Папа ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - $495 \times 10^9/л$, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холестазии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.).

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ: печень - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 60×20 мм (норма 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезёнка - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза. Ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро, с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты, без эффекта

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) 0,7см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен, на верхушке - короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, цв. пок. - 0,87, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/л$, э - 0, палочкоядерные - 13%, сегментоядерные - 66%, моноциты - 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27мм/ч.

Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочная фосфатаза - 150 ед/л.

Общий анализ мочи: кол-во - 80,0 мл, цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - сплошь в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., соли мочевой кислоты - ед., бактерии - большое количество, слизь - ++.

УЗИ внутренних органов: печень не выступает из-под края рёберной дуги, эхоструктура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранён, желчный пузырь - 72x14мм (норма 52x13мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное; поджелудочная железа - размеры - головка 10 мм x 10 мм x 13 мм (норма), контур ровный, четкий, эхоструктура паренхимы однородная; селезёнка - без видимой патологии; почки - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, чёткие, левая 125x50мм (норма 95x37мм), паренхима не истончена - 20 мм, правая 98x36мм (норма 94x38мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какое лечение необходимо назначить больному?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 4 месяцев. Заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2 °С, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилась затруднение дыхания, со слов матери, ребенок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длина тела 52 см, период новорожденности протекал без особенностей, выписан под наблюдение участкового педиатра на 3 сутки после рождения. В возрасте ребенка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту.

Семья 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8-ми и 4-х лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острогоназофарингита.

При осмотре состояние ребенка тяжёлое за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO₂ 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа.

Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите факторы риска развития заболевания и тяжелого течения болезни у данного ребёнка.
3. Определите и обоснуйте тактику врача-педиатра участкового в данном случае.
4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
5. Назовите основные направления терапии данного заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние среднетяжёлое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, синдром Менделя положительн, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: RBC – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hgb – 128 г/л, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 г/л, WBC – $6,9 \times 10^9/л$, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 5 мм/ч.

В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на H. pylori отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Жёлчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль.

Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°C, вызвали врача.

При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание.

Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Ребёнок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью 1-й линии из-за гипогалактии у мамы. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.

Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений 66 в минуту. Частота сердечных сокращений 150 в минуту, тоны сердца приглушены.

По остальным органам без отклонений.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Предполагаемая этиология заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового.
4. Показания для госпитализации.
5. Предполагаемый прогноз заболевания для данного ребенка.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги.

Обследование:

ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено.

Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчатка внеклеточно.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме девочка 12-тилет с жалобами на боль в животе в области эпигастрия и вокруг пупканоощак, ночью или через 2 часа после приёма пищи, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза: ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, потливость ладоней и стоп, красный стойкий разлитой дермографизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нt - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.).

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки гиперемирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ: печень нормальных размеров, контуры ровные, чёткие, эхо-структура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 60×20 мм (норма 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контуры ровные, четкие, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхо-структура паренхимы однородная, селезёнка - нормальных размеров, контуры ровные, чёткие, эхо-структура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезенка не увеличены. За сутки выделил 240 мл

мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты – 4,2.10¹²/л, средний объем эритроцитов – 80 fl, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах – 29 pg, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 32 g/l, анизцитоз эритроцитов – 9,5%, тромбоциты - 368.10⁹/л, средний объем тромбоцитов – 8,3 fl, ширина распределения тромбоцитов по объему – 12%, тромбокрит – 0,3%, лейкоциты – 8,9.10⁹/л, нейтрофилы –

64%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, pH – 6,0, плотность - 1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген - NORM, глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 6 лет поступил в приемное отделение многопрофильного стационара с жалобами на боли в области правого коленного и левого голеностопного суставов преимущественно в утренние часы и после дневного сна, невозможность наступать на пятки, боли в икроножных мышцах, светобоязнь.

Анамнез заболевания: два месяца назад с родителями отдыхал на природе. Употреблял в пищу плохо прожаренное мясо, через 6 часов повысилась температура до 39 °С, рвота, жидкий стул до 10 раз в сутки. Госпитализирован в инфекционный стационар, где был установлен диагноз «сальмонеллез». Проводилась инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Выписан с улучшением, посевы кала на кишечную группу отрицательные, стул нормализовался.

Мать ребенка – здорова, отца ребенка беспокоят боли в поясничной области, которые проходят после физической нагрузки. В пубертатном периоде перенес негонорейный уретрит.

При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счет болевого синдрома со стороны суставов и стоп. Кожа чистая. Проявления двустороннего конъюнктивита. Отмечается болезненная при пальпации припухлость стоп, повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в правом коленном и левом голеностопном суставах. Пальпация области ахилловых сухожилий резко болезненная. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий; при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – 4,0.10¹²/л; лейкоциты – 15,0.10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, эритроциты - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок – 0,1 г/л, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимические анализы крови: общий белок – 83 г/л, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, С-реактивный белок – 25,0 мг/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, РФ – 4 мг/л, АСТЛО – 200 МЕ/л

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте оценку проведенным лабораторным исследованиям.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Препарат какой группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался детским хирургом, острая хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отечность стоп, на коже голени папулезная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура 36,6 °С. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная, папулезная, геморрагическая сыпь, местами сливного характера.

Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отечность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними геморрагическая сливная сыпь. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 в минуту. АД 90/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,5.10¹²/л, тромбоциты – 435.10⁹/л, лейкоциты – 10,5.10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы – 58 %, эозинофилы - 2%, лимфоциты -33%, моноциты – 7 %, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 71 г/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, креатинин – 0,7 мг%, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, С-реактивный белок – 40 мг/л, фибриноген – 800 мг%.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик С. 12 лет пришел на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мама: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У Марины 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на прием к врачу-педиатру участковому.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит.

Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна.

Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – 4,2.10¹²/л; лейкоциты – 7,2.10⁹/л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АЛАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очаговогиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55.21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
5. Подберите необходимую диету для больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета.

Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев не резко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный.

Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

При обследовании по cito:

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,3.10¹²/л, лейкоциты – 10,3.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры – эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Игорь М. 5 лет (рост 100 см, вес 20 кг) обратился к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания с жалобами на отеки в области лица и нижних конечностей. Появлению отеков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Выражены отеки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек,

не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободные. Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).

При обследовании:

Общий анализ крови: эритроциты – 4.1012/л, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 8,2.109/л, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/°.

Суточная протеинурия – 2,4 грамма/м2/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.
4. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе.

При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободные, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).

Результаты амбулаторного обследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 3,4.10¹²/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 15,2.10⁹/л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная.

По данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++.

УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
4. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
5. Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост 78 см, масса тела 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно. Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнает только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. Голова относительно крупных размеров, западная и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отечность без четкой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 92 г/л, цветной показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови 12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Тиреостатус: ТТГ в сыворотке крови 42 мкЕд/мл, Т4 свободный 3,1 мкЕд/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.
5. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД - 30 ударов в 1 минуту. Над легкими коробочный перкуторный звук, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3.10¹²/л, лейкоциты – 5,8.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи – нет, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких малоструктурны. Легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку.
5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9.10¹²/л, лейкоциты – 16,2.10⁹/л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ – 38 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного.
5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными.

Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребенка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребенка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налёт белого цвета.

Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена.

Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребенка.
4. Сформулируйте план лечения ребенка.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование. Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у

бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях. Печень выступает из-под края р.берной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована.

Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мама с ребенком мальчиком 7 месяцев Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой тела 3200, длиной 52 см. Неонатальный период без особенностей. С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту. Из анамнеза известно: ребенок болен в течение одной недели. На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°C, слизистых выделений из носа, «покашливания». Назначена противовирусная терапия (Виферон), капли в нос с Ксилометазолином. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды. Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела 8200 г, рост 68 см. Ребенок беспокойный. Температура тела 38,8 °С. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно жесткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены.

Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для стартовой антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? В какие сроки проводится оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии? Укажите длительность антибактериальной терапии.
5. Назовите группы препаратов, используемые для симптоматической и патогенетической терапии данной патологии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности – синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента, перенесшего это заболевание?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной К. 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого

легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 4,8.10¹²/л, лейкоциты - 16,2.10⁹/л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, доза и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребенок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребенку давления, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт. ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания
3. Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
4. Назовите принципы неотложной терапии.
5. Составьте план дальнейшего лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем реб.нок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7.10¹²/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.

Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту 6 мм (4 месяца назад).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 154 см, масса 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Какие препараты используются для патогенетической терапии данного заболевания у детей и подростков?
5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребенок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено:

белок 1 г/л, эритроциты 50-80 в поле зрения.

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

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

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 12,5.10⁹/л, эритроциты - 4,43.10¹²/л, гемоглобин - 117г/л, тромбоциты - 279,0.10⁹/л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 42 мм/час.

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

Вопросы:

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

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик Витя И. 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на кашель, затрудненное дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребенка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котенком, которого взяли в дом две недели назад. Мама самостоятельно давала ребенку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затрудненное дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой помощи.

Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5 °С. Ребенок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO₂ - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межреберных промежутков, над- и подключичных впадинах. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации легких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие

хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 132 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 8,1.10⁹/л, эозинофилы - 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 4,3.10¹²/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
5. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°C.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъем температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты - 5,6.10¹²/л, лейкоциты - 18,5.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты – 20%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 38-45 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите приоритетный выбор antimicrobial препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции antimicrobial терапии.
5. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме повторно мама с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.

При дополнительном расспросе установлено, что отец ребенка плохо переносит молоко.

Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез неотягощен.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0.1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания?

Дайте родителям подробные указания.

5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 7 лет жалобы на продуктивный кашель, подъем температуры до 38,5.С.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен 2 дня, когда появился насморк, першение в горле, кашель с мокротой желтого цвета, больше в утренние часы. Затем появилась температура. Обратились к врачу-педиатру участковому, Был назначен Амоксциллин/Клавуланат через рот, Ацетилцистеин. Температура сохраняется в течение 3 дней.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным, с весом 3200 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 1,5 лет. Развитие по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Болеет часто до 8-10 раз в год, часто получает антибиотики. Стоит на учете у пульмонолога в течение года с диагнозом «хронический бронхит». Последнее обострение было 3 месяца назад. Лечился Аmpiциллином/Сульбактамом парентерально. Аллергоанамнез не отягощен. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – хронический бронхит.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой не выражен. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Одышка смешанного характера до 42 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации – обильные средне-пузырчатые влажные хрипы слева в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, звонкие. ЧСС – 95 в минуту. Живот доступен пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты- 16 тысяч; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 42%; моноциты - 3%, СОЭ – 26 мм/ч.

На рентгенографии органов дыхания слева в нижней доле – усиление и деформация легочного рисунка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой антибактериальный препарат необходимо назначить ребенку? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось на третий день: купировалась одышка, нормализовалась температура тела. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка Даша Н. 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8. Свечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъеме по лестнице на 2 этаж.

Анамнез: девочка больна в течение последних трех дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела 37,7. С. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите показания к госпитализации данного пациента.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара.

3. Уточните и обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом полученных данных проведенного дополнительного обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,7.10¹²/л, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 12.10⁹/л (палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, моноциты - 10%, лимфоциты - 14%), тромбоциты - 210.10⁹/л, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар - отрицательные, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - не обнаружены.

Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины .1 - 8%, .2 - 13%, . - 10%, . - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевины - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150)

Высев из зева - гемолитического стрептококка группы А >10³ КОЭ/мл.

Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка.

Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация +; легочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардального выпота: нет.

4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.

5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики ОРЛ (острая ревматическая лихорадка) у пациента после выписки из стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 10 лет жалобы на сыпь в виде отечных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов.

Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища, и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 87 в минуту. Живот несколько, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: новых высыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 12 лет жалобы на отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отеки. Родители ребенка связывают появление отеков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых.

Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты - нурофен, ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отеки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: отеков не стало, новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме больная М. 13 лет с жалобами на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет, высыпания на лице и нижних конечностях, носовое кровотечение, отечность коленных и голеностопных суставов, головные боли, головокружение.

Из анамнеза заболевания известно, что около 2 месяцев назад (после перенесенного тяжелого гриппа) появилась и стала нарастать слабость, недомогание и повышенная утомляемость, затем присоединился субфебрилитет, который длится уже месяц. При обследовании: антинуклеарный фактор – положительный, ревматоидный фактор – положительный. Неделю назад появилась отечность и боль при движениях в коленных и голеностопных суставах. Три дня назад присоединились геморрагические высыпания на нижних конечностях и на лице; вчера - обильное длительное кровотечение из обеих половинок носа, которое рецидивировало в течение суток.

Из анамнеза жизни: от пятой беременности, первых родов (предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках). Беременность протекала на фоне гестоза I и II половин, угрозы прерывания в 24 недели. Роды в срок, самостоятельные, к груди приложена на 1-е сутки, естественное вскармливание до 4-х месяцев, затем коровье молоко и прикормы. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа, корь, с 8 лет хронический пиелонефрит с ежегодными обострениями, по поводу которых получала уросептики. Аллергический анамнез не отягощен.

Наследственность отягощена, по линии матери в семье: ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия, со стороны отца - цирроз печени, хронический пиелонефрит.

При осмотре: температура 37,5°C, АД 145-150/95 мм рт. ст., кожные покровы и видимые слизистые бледные, на стопах и голенях большое количество петехий и единичные полихромные экхимозы; на щеках и спинке носа гиперемированные пятна округлой формы (в виде бабочки), которые при физической и эмоциональной нагрузке становятся более заметными и пульсируют. В носовых ходах геморрагические корочки. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, отечные с экссудативным компонентом, кожа над ними нормальной окраски, горячая; затруднение активных и пассивных движений. Горизонтальный нистагм. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, селезенка + 1 см, оба органа мягкие, эластичные, безболезненные. Стул, диурез б/о. Дизурических расстройств нет.

При обследовании:

Общий анализ мочи: реакция - кислая, цвет светло-желтая, удельный вес 1004, сахар отрицательный, белок 0,645 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения.

Клинический анализ крови: эритроциты 3,8.10¹²/л, гемоглобин – 84 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты – 48,5.10⁹/л, лейкоциты 3,6.10⁹/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 22%, м-3%, СОЭ 38 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какого препарата следует начать лечение у данного пациента? Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите показания для назначения цитостатического препарата – Циклоспорина и его дозу.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на припухлость и резкую болезненность при движении в области правого коленного сустава в течение 2 дней.

Ребенок второй в семье, старшая дочь – здорова. Дядя по линии матери страдает повышенной кровоточивостью (межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран). Мальчик 2 дня назад упал, после чего появилась припухлость и резкая болезненность при движении в области правого коленного сустава.

Из анамнеза жизни известно: реб.нок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания 1 половины, вторых родов. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении 3250 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родзале, сосал активно, не срыгивал. Выписан из роддома на 5 сутки с чистой кожей, из пупочной ранки небольшое кровянистое отделяемое в течение 2- недель. На грудном вскармливании до года. Прикормы введены в срок. Привит по возрасту, в местах внутримышечного введения вакцин отмечались небольшие гематомы. В 11 месяцев сел на игрушку, после чего в области ягодицы появилась обширная гематома, которую по рекомендации врача-педиатра участкового смазывали гепариновой мазью.

Объективно: мальчик возбужден, негативен при осмотре, занимает вынужденное положение. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост 79 см, вес 11 кг. Кожа бледная, на нижних конечностях различной степени давности гематомы до 3 см в диаметре. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Правый коленный сустав увеличен в объёме, кожа над ним блестит, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца внешне не изменена. АД 80/50 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1 см вступает из-под края реберной дуги, край гладкий, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурических расстройств нет. Моча – желтая.

Общий анализ крови: RBC - 4,2.10¹²/л, Hb - 111 г/л, Ret - 8 %, PLT - 300.10⁹/л, WBC – 6,3.10⁹/л, NEUT-30%, EO - 1%, LYM - 63%, MON - 7%, СОЭ - 8 мм/час.

Длительность кровотечения - 4 минуты.

Время свертывания: начало – 7 минут, конец – 13 минуты.

Коагулограмма: АЧТВ - 63 секунд, фибриноген – 2,4 г/л, ПТИ - 92%, протромбиновое время — 12 с, фактор Виллебранда — 90%, VIII фактор - 3%, IX фактор – 73%.

Вопросы:

1. Определите тип кровоточивости у больного. Что характерно для данного типа кровоточивости.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Ваша лечебная тактика.
5. Показано ли данному пациенту профилактическое лечение? Обоснуйте свой ответ.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Вызов к девочке М. 3,5 лет с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи.

Анамнез жизни без особенностей.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен около 2 недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура 38,5 °С. Получала Анальгин, Бисептол. 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная моча. Врачом-педиатром участковым заподозрен инфекционный гепатит. Была госпитализирована, но от дальнейшего пребывания в стационаре отказались.

По данным выписки из стационара:

Общий анализ крови: гемоглобин - 55 г/л, эритроциты - 2,2.10¹²/л, цветной показатель - 0,98, ретикулоциты - 11%, тромбоциты - 230.10⁹/л, лейкоциты - 12,3.10⁹/л, миелоциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 55%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%, СОЭ - 45 мм/час, выраженный анизоцитоз, в некоторых полях зрения встречаются микроциты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 60 ммоль/л, билирубин: прямой - 7 мкмоль/л, непрямой - 67,2 мкмоль/л, свободный гемоглобин - 0,1 мкмоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, АСТ - 28 Ед, АЛТ - 30 Ед.

Общий анализ мочи: уробилин положительный, свободный гемоглобин отсутствует, белок - 0,33%, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Проба Кумбса с эритроцитами положительная.

При осмотре состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, иктеричность склер. Со стороны сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, селезенка - на 3 см, пальпация их слегка болезненна. Мочится хорошо, моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените общий анализ крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какая терапия должна быть назначена?
5. Какой вид гемолиза при данном заболевании?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 8 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.

Anamnesis vitae: с 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит.

В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в анализах мочи появились протеинурия и гематурия до 30–40 в поле зрения, что было расценено как последствия перенесенного заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ребенка отмечались эпизоды макрогематурии, протеинурия и гематурия, которые носили упорный характер.

Status praesens: при поступлении в стационар состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систолический шум, ЧСС – 74 ударов в минуту, АД – 140/100 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300–400 мл/сутки, моча бурого цвета.

После дополнительного исследования, в результате которого выявили анемию, макрогематурию, гипостенурию, протеинурию, гипопропротеинемию и азотемию, девочке выставили диагноз «Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, хроническая почечная недостаточность (ХПН), анемия.»

Назначено медикаментозное лечение.

Вопросы:

1. Определите последовательность этапов реабилитации ребенка и критерии перевода с этапа на этап.
2. Определите реабилитационный прогноз, укажите факторы, его обуславливающие.
3. Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его.
4. Определите виды физической реабилитации (двигательный режим, ЛФК, массаж, спорт), показанные пациентке.
5. Определите показания к физиотерапевтическим и физическим методам восстановления на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации данной пациентки.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5.С, появились боли в животе, частые, болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3.10¹²/л, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – 6,4.10⁹/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – много.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.
4. Составьте план лечения данного ребенка.
5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К врачу-педиатру участковому доставили девочку 13 лет с жалобами на резкие боли в животе, задержку мочи. Заболевание началось 12 часов назад. Появились боли в животе без определенной локализации, болезненное мочеиспускание, затем – задержка мочи, усиление болей в животе. Направлена в нефрологическое отделение стационара.

По данным выписки из истории болезни известно:

В анамнезе: 3 месяца назад имелся аналогичный болевой приступ в сочетании с изменениями в моче (микрогематурия), которые выявлены при обследовании у врача-педиатра. Боли исчезли через 2 дня, в общем анализе мочи отмечались единичные кристаллы солей, большое количество оксалатов кальция. Лечились канефроном в течение 1 месяца. Контрольное обследование не проводилось. Причину ухудшения состояния пациента не выявили. При поступлении состояние ребенка средней тяжести.

Объективно: рост – 156 см, масса – 42,5 кг. температура – 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При глубокой пальпации живота отмечается умеренная болезненность в проекции нижнего полюса правой почки и резкоположительный симптом Пастернацкого справа и сомнительный слева.

Результаты обследования:

Общий анализ мочи: удельный вес – 1018г/л белок - 0,033г/л, лейкоциты – 35–50 в поле зрения, эритроциты – 8–10 в поле зрения, ураты – сплошь, бактериурия.

Клинический анализ крови – без патологии.

УЗИ почек: в проекции собирательной системы правой почки гиперэхогенное включение 2.5 мм, от которого отходит «акустическая дорожка». В мочевом пузыре симптом «звёздного неба».

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: рост E.Coli, степень бактериурии: 5104/л, чувствительность: амоксиклав, фурамаг, цефтриаксон.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз и окажите неотложную помощь.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
5. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К врачу-педиатру участковому обратились мама с девочкой 5 лет. Со слов мамы, заболевание началось 3 дня назад. Появилось повышение температуры тела до 38,5°C, сниженный аппетит, вялость. Вызвали скорую помощь, введена литическая смесь, рекомендовано лечение по поводу ОРВИ. Получала Анаферон, теплое питье. В течение последующих 2 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось изменение мочи (мутная). В связи с чем обратились к врачу-педиатру участковому. После осмотра девочка направлена в детский стационар второго уровня.

По данным выписки из истории болезни известно:

Анамнез: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины.

Роды на 38 неделе. Масса при рождении – 3500 г, длина – 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ – часто. Аллергологический анамнез не отягощен. С 3 летнего возраста отмечаются эпизоды (3–4 раза в год) немотивированного подъема температуры тела до 38–39°C при отсутствии катарального синдрома.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести: температура 37,6°C. Кожные покровы бледные, катаральные явления отсутствуют. Рост – 110 см, масса – 19,0 кг. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/90 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпация правой почки умеренно болезненна.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – 6,0, белок – 0,09%, лейкоциты – сплошь все поля зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – большое количество.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72,0 г/л, СРБ – 52 ед., ДФА – 0,27 ед., мочевины – 4,3 ммоль/л, креатинин – 0,057 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – 107.42.13 мм, правая – 84.37.13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше справа, расширен. Признаки врожденного гидронефроза II степени.

Посев мочи: высеяна Клебсиелла в количестве 100000 микробных тел/мл, чувствительная к амикацину, клафорану, фурамагу, амоксиклаву, ципрофлоксацину.

Цистография: Пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
5. Определите тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых мероприятий после выписки из стационара при данном заболевании.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка Т. 2 лет заболела накануне вечером, когда впервые повысилась температура тела до 38°C, появились катаральные проявления. К ночи температура повысилась до 40,1°C. Кожные покровы умеренно гиперемированы, теплые и влажные на ощупь. На фоне физических методов охлаждения температура не снизилась.

Вопросы:

1. Предложите меры неотложной помощи.
2. Обоснуйте выбор ацетоминофена (парацетамола) в качестве жаропонижающего средства.
3. Перечислите возможные нежелательные реакции при передозировке ацетоминофена(парацетамола).
4. Можно ли предложить в качестве жаропонижающего средства ацетилсалициловую кислоту?
5. Можно ли в качестве жаропонижающего средства первой линии назначить метамизолнатрия (анальгин)?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 11 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлен бригадой скорой помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5 °С. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал лазолван и називин. Накануне вечером у мальчика произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом-педиатром скорой помощи была проведена ингаляция сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар.

Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови.

Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,9 \times 10^9/л$, палочко-ядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
4. Окажите неотложную помощь ребёнку.
5. Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённого?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра.

Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.

1. **Вопросы:**
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
6. Укажите методы лечения болевого синдрома.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребёнка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.

На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желёз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того, у ребёнка отмечался отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5 °С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребёнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нв – 186 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – 288×10^9 /л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Опишите возникшее состояние у ребёнка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.
3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорождённого.
4. Назначьте питание ребёнку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка К. 13 лет больной считается около 8 месяцев. Со слов матери заболевание началось с астенического синдрома (вялость, утомляемость), затем появились боли в животе, прогрессирующее похудание, эпизоды лихорадки и диарея. В течение последних 3 месяцев у ребёнка разжиженный учащённый со слизью стул до 6–8 раз в день, в последний месяц в кале появились сгустки крови, за последние 2 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят спастические боли в животе перед дефекацией, снижение аппетита, похудание за последние 6 месяцев на 5 кг, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагами и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребёнок от первой беременности, на естественном вскармливании до 1 года. Перенесённые заболевания: ветряная оспа, до пяти лет частые ОРВИ. Наследственность: у матери – аутоиммунный тиреоидит, у бабушки (по линии матери) – гастрит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 155 см, масса 38 кг. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта. Слизистые бледные, чистые. ЧСС – 100 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в точке Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги, плотновата. Положительные симптомы Герца, Образцова, «воздушного столба». Стул: диарея до 6–8 раз в сутки, тенезмы, позывы к дефекации в ночное время, в кале примесь крови и слизи.

Общий анализ крови: RBC – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Hb – 96 г/л, RET – 18%, PLT – 330×10^9 /л, WBC – $15,0 \times 10^9$ /л, EО – 5%, NEUT – 50%, LYM – 36%, MON – 9%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 25,3%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 16%, β – 13%, γ – 14%, АлАТ – 28 Ед/л, АсАТ – 36 Ед/л, ЩФ – 122 Ед/л, амилаза – 45 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед, общий билирубин – 13 мкмоль/л, из них связанный – 0 мкмоль/л, железо – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л, СРБ (++).

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отёчна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, множественные кровоизлияния, выражена контактная кровоточивость, на десятом сантиметре прямая кишка сужена на протяжении 1–1,5 см.

Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулярная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите клинические синдромы, обоснуйте клинический диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования, которое необходимо для подтверждения диагноза.
4. Какую базисную противовоспалительную терапию первой линии Вы можете назначить больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите возможные кишечные осложнения данного заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы. Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

ЗАДАЧА СИТУАЦИОННАЯ 51

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.

При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°C, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришел в сознание и уснул.

В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - $7,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

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

В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?
4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.
5. План диспансерного наблюдения на участке.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 52

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты.

Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребёнок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание жёсткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - $240,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $20,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 53

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактическом осмотре 6 месячный ребёнок. У матери жалоб нет. На грудном вскармливании. Масса тела 7200 г, длина 64 см. Состояние ребёнка удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Врач-педиатр обратил внимание на гипотермию нижних конечностей. Катаральных проявлений нет. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. ЧДД 36 в минуту. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 132 в минуту. По левому краю грудины выслушан средней интенсивности пансистолический шум грубоватого тембра, который определялся и в межлопаточном пространстве. Выявлено резкое снижение пульсации бедренных артерий, отсутствие пульсации артерий тыла стопы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +1 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Периферических отёков нет. Стул, со слов матери, до 4 раз за сутки, без патологических примесей. Мочится без особенностей.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от четвертой беременности, вторых самостоятельных родов в сроке 38-39 недель. Мать на учёте по беременности в женской консультации не состояла. Со слов женщины, беременность протекала без особенностей. Масса ребёнка при рождении 3020 г, длина 50 см. Апгар 6/8 баллов. Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозом: Здоров. Не привит (отказ). До 6 месяцев семья проживала в другом районе. Педиатра не посещали.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое дополнительное клиническое исследование должен провести врач-педиатр для уточнения диагноза?
4. Определите дальнейшую тактику врача педиатра.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации ребенка и тактику врача-педиатра участкового после выписки ребенка из стационара.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 54

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К врачу-педиатру участковому обратилась девочка 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, купируются самостоятельно или после приема корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснились наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли редко, преимущественно к вечеру, купируются после приема анальгетиков (нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю.

Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерномучёте не состояла. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации в положении лёжа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС 92 в минуту, сердечные шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств со слов пациентки не отмечается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 55

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 6 лет заболел остро с подъёма температуры тела до 38,6 °С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребёнку нурофен и эргоферон, через час температура снизилась до 37,6 °С. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись боли в горле, ребёнок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала участкового педиатра.

При осмотре больного состояние оценено как средне-тяжёлое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налётом. При фарингоскопии - нёбные миндалины гиперемированы, увеличены, отёчны. На миндалинах с обеих сторон имеются налёты островчатые, жёлтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стула не было 2 дня, диурез достаточный.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок привит в соответствии с возрастом. С 3-х лет посещает детское образовательное учреждение, с этого же времени начал часто болеть респираторными инфекциями. Антибактериальную терапию (флемоксинсолютаб) последний раз получал 6 месяцев назад. На фоне приёма антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (супрастин) в течение 3-х дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребёнка не установлено. Семья социально благополучная. Ребёнок в семье один.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз с обоснованием возможной этиологии.
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте.
4. Какие антибактериальные препараты должны быть назначены? Обоснуйте свой выбор.
5. Каковы показания для выписки?

Доза и длительность назначения.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 56

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 2,5 лет заболел остро утром с подъёма температуры до 39,9°C, нарушения общего состояния. Пожаловался на выраженную боль в горле. Мать дала ребёнку нурофен и провела ингаляцию беродуалом, однако температура тела в течение последующих двух часов снизилась лишь на 0,5 °С, состояние ребёнка ухудшилось. Появилась одышка с затруднением вдоха, усилилась боль в горле, ребёнок с трудом пил воду, предпочитал сидеть, лёжа одышка усиливалась. Мать обратилась в скорую помощь. До приезда врача мать еще раз дала нурофен.

При осмотре врачом состояние ребёнка тяжёлое, температура тела 39,8°C. Ребёнок на руках у матери, дышит тяжело, затруднен вдох, из угла рта вытекает слюна, рот открыт. Бледен. Плачет тихо, голос сдавленный, кашель редкий, сухой, болезненный. Кожный покров чистый, при попытке осмотра зева выраженное беспокойство и усиление одышки. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. При попытке уложить ребёнка для осмотра живота одышка усилилась. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. При проведении пульсоксиметрии SaO₂ – 93%.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребёнок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, какое из них самое основное?
3. Определите показания для госпитализации и обоснуйте их.
4. Какова тактика врача скорой помощи?
5. Является ли целесообразным назначение метамизола натрия у ребенка?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 57

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9 °С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъем температуры до 38,8 °С.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксинсоллютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
5. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 г\л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%. СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 58

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъема температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка оценено как среднетяжелое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налетов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не изменены.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощен. Привит ребенок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 59

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме мальчик 1 год 6 месяцев, рожденный от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины.

Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении 3 500 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю. Семья полная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6.

Мальчик с 6 месяцев жизни находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери.

На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев - пневмонию.

На момент осмотра соматический статус без патологии.

Масса - 10500 г (4), длина – 80 см (4). Сон спокойный. Аппетит хороший. Зубов 14 (8 верхних и 6 нижних).

Психометрия:

С – из предметов разной формы по предлагаемому образцу и слову подбирает предметы такой же формы;

О. – движения более координированы – перешагивает через препятствие приставным шагом;

И. – умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причесывает, умывает);

Р. а. – в момент заинтересованности называет предметы;

Р. п. – находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.;

Н – самостоятельно ест густую пищу ложкой, просится на горшок.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 1 год 6 месяцев должен получить ребенок в рамках приказа МЗ РФ № 1346н?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 60

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме девочка 4-х месяцев жизни, рождённая от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед.аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года.

Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии.

Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см.

Ребёнок из неполной семьи.

Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,5.

С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни.

Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Психометрия:

Аз - узнаёт близкого человека (радуется);

Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону;

Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ним;

Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней;

Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору;

Ра - гулит;

Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребёнку.
5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 61

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась.

К груди приложен в родильном зале.

Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю.

Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Нб-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Appetit хороший.

По другим внутренним органам без патологии.

Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6). Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия:

Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Р. а. – подолгу лепечет;

Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»);

Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 62

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые.

Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении 3500 г, длина тела 52 см.

Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов.

К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки.

Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининг проведены в родильном доме.

Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие.

Индекс наследственной отягощённости - 0,6.

Находится на естественном вскармливании.

На осмотре участковый педиатр диагностировал пятнисто-папулезную сыпь на неизменном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.

По другим внутренним органам без патологии.

Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребенка домашнюю клубнику.

Масса тела - 9000г (5), длина – 72 см (6).

Большой родничок 0,5,0х0,5 см, не выбухает.

Психометрия:

Э – смотрит на действия другого ребенка и смеётся его действиям.

Д.о. – самостоятельно садится, ложится, встаёт, держась за барьер.

Др. – подолгу занимается игрушками, перекладывает их, подражает действиям взрослого.

Ра. – громко произносит различные слоги.

Рп. - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах.

Н. – ест самостоятельно корочку хлеба, пьёт из чашки, которую придерживает взрослый.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребёнок к 8 месячному возрасту?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 63

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку.

Мальчику 5 дней жизни.

Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия).

Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.

Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка.

Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов.

Масса тела 3600 г, длина - 51 см.

Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.

Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).

Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.

Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония.

Кожа лица и склеры субиктеричные.

Слизистые чистые.

Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет.

Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает.

В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.

Перкуторно - звук лёгочный.

Тоны сердца громкие, ритм правильный.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.

Стул разжиженный, 3 раза в сутки.

Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
5. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 64

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме мама с сыном 1 месяца жизни.

Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия.

С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.

Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см.

Привит по календарю.

Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные.

Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса.

Индекс наследственной отягощённости - 0,5.

Ребенок находится на грудном вскармливании.

На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см.

При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).

По другим внутренним органам и системам без патологии.

Большой родничок 2,0x2,5 см.

Масса - 3600 г (3), длина - 53 см (3).

Сон - беспокойный.

Аппетит - нарушен.

Психометрия:

Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;

Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;

Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;

До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 65

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приеме мальчик 12 месяцев жизни, рождённый от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие: один выкидыш, один мед.аборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесённого гриппа на сроке 8 недель.

Масса при рождении 3200 г, длина тела 51 см. К груди приложен в род.зале. Привит по календарю. Выписан из роддома на 5 сутки жизни.

Социальный анамнез - семья полная, старшей сестре - 11 лет. Проживают в однокомнатной квартире. Отец ребёнка курит. Материальная обеспеченность семьи - удовлетворительная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6.

При проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни диагностирован стеноз клапана аорты.

Ребёнок находится на искусственном вскармливании.

До года перенёс 3 раза ОРВИ. Состоит на диспансерном учёте у кардиолога.

На осмотре масса – 8,5 кг (3), длина 73 см (3), отмечается бледность кожных покровов. Область сердца не изменена. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой и в точке Боткина, который проводится за пределы сердца, ослабление II тона на аорте. ЧСС – 120 в минуту.

В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 33 в минуту. Печень пальпируется на 1 см ниже правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Сон - беспокойный. Аппетит снижен. Зубов 4 (2 нижних и 2 верхних).

Психометрия:

Др - самостоятельно выполняет действия с игрушками (катает, возит, кормит);

До - стоит самостоятельно (без опоры), ходит с поддержкой;

Рп - понимает слово "нельзя", понимает название нескольких предметов, действий; выполняет отдельные поручения ("найди", "отдай");

Ра - произносит 5 облегчённых слов;

Н - самостоятельно пьёт из чашки, ест жидкую пищу из бутылочки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ № 1346н?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 66

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приеме мама с дочерью 4,5 месяцев.

Ребёнок от I беременности, I срочных родов без осложнений.

Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см.

Привита по календарю.

Наследственный анамнез не отягощён – 0,5 индекс отягощённости наследственного анамнеза.

Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС.

Из анамнеза день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция.

Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось.

При осмотре: температура тела 37,0°C.

Видимые слизистые чистые.

По внутренним органам и системам патологии не выявлено.

Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребенка.
4. Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 67

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мальчик в возрасте 1 года.

Ребенок от II беременности; II срочных родов, молодых здоровых родителей.

Масса при рождении 3600; рост 55 см.

Находится на естественном вскармливании.

Нервно-психическое развитие: отзывается на имя, пьет из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 облегченных слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно.

До года привит по календарю.

Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год.

Зубов – 8, зубная формула правильная.

В анализе крови: гемоглобин 106 г/л.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие.
2. Составьте план вакцинации на 2-ом году жизни.
3. Оцените резистентность у данного ребёнка.
4. Оцените уровень гемоглобина. Обоснуйте свой ответ. Назначьте при необходимости лечение (перечислите два препарата).
5. Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 68

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В детскую поликлинику обратилась мать 1,5-годовалого ребёнка. Примерно час назад, вовремя плача у него появился затруднённый вдох, далее прекратилось дыхание, ребёнок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился недоношенным, с месяца – на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал сидеть с 8 месяцев, ходить с 1 года 4 месяцев, зубы прорезались в 12 месяцев.

При осмотре у ребёнка выражены теменные и лобные бугры, отмечается О-образное искривление нижних конечностей. Грудная клетка сдавлена с боков, развернута нижняя апертура грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Перкуторно над лёгкими ясный звук, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный приступ повторился.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Вы - участковый педиатр. Ваш алгоритм действий.
3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния?
4. Дальнейшая тактика ведения ребёнка.
5. Каков прогноз заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 69

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.

Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введён по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегчённых слов, понимает запрет, самостоятельно пьёт из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щёк и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание - повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук лёгочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под рёберной дуги. Ребёнок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC – $4,6 \times 10^{12}/л$, HGB – 118 г/л, MCV- 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – $10,8 \times 10^9/л$, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.

Копрограмма – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребёнка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
3. Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребёнка.
5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 70

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску.

Анамнез жизни: ребёнок от V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2-х недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на приём не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.

Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный рефлекс Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 3 см на 2,5 см, несколько напряжен, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина 59 см, масса тела 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
4. Подлежит ли ребенок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок этому ребенку до 2-х лет.
5. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 71

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врачу-педиатра участкового в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр.

Известно, что ребенок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре.

Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем.

После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика, и какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
2. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?
3. Укажите варианты должностной массы тела мальчика в 6 месяцев.
4. Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 6 месяцев.
5. Составьте меню на 1 день и обоснуйте назначение продуктов прикорма.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 72

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке.

Фактическая масса ребёнка 4000 г.

Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см.

Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте должную массу (Мд) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
2. Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.
3. Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.
4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
5. Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 73

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).

Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм.

В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии легочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета.

Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ мочи: рН – слабо кислая; белок – 0,033%; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия⁺⁺, анизоцитоз⁺, пойкилоцитоз⁺. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-3 пг).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
3. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.
5. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребёнок?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 74

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4-х лет.

Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение амоксициллина 1,5 месяца назад.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела 39,0°C. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании.

В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту.

Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны.

От госпитализации родители ребёнка отказались.

Вопросы:

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать?
3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому.
4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий.
5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 75

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела.

Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трёх месяцев перенесла хорошо. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра).

Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0°C. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких при сравнительной перкуссии легочный звук, одинаковый на симметричных участках.

Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 132 в минуту.

Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.

Стул кашицеобразный до 4 раз в день. Мочеиспускание безболезненное, не учащено.

Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует назначить?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
5. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 76

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с ребенком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребёнка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 4-5 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатного цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребенок перенёс острую кишечную инфекцию, со слов матери, «в лёгкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

При осмотре на приёме общее состояние удовлетворительное, ребёнок активен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. ЧСС 118 ударов в минуту, ЧД 27 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации урчит. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, без болезненной реакции на пальпацию, эластичный. Пальпируется край селезёнки. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребёнка.
2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребёнка с учётом жалоб? Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 10 месяцев.
3. Составьте меню на 1 день.
4. Приведите эмпирические формулы для первичной оценки значений длины и массы тела здорового ребёнка первого года жизни.
5. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребёнка в 10 мес.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 77

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Нb – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 78

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребёнка грудью, жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребёнок не температурит. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребёнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
- 5.. Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 79

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с ребенком в возрасте 1 месяца приехала из сельской местности в областной центр к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку уверены, что ребёнок болен.

Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре; на 24-26 неделе гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась.

Роды на 38-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, сосёт вяло, почти всё время спит. Матери 17 лет, считает себя здоровой; брак не зарегистрирован, ребёнка воспитывает одна.

При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, на осмотр реагирует слабым криком. Масса тела 3550 г; при контрольном кормлении высосал около 70 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 36 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под реберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Мышечная гипотония.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
2. Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?
3. Определить степень недостаточности питания у ребёнка.
4. Определите суточный объём питания ребёнку, объём докорма и предпочтения в смесях при назначении докорма.
5. Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 80

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менструации с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития МаЗР2Ах2МеЗ, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 81

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения 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 отёк мягких тканей диаметром 2 см.

Вопросы:

1. Дайте заключение по данному случаю.
2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
4. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребёнка против дифтерии, коклюша, столбняка.
5. Тактика врача-педиатра участкового.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 82

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка.
4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 83

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.) Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку, назовите способ доставки препаратов?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 84

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.

Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переверачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторнолёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.

Обследована:

В общем анализе крови: Нб 98 г/л, Ег 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.

В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.

В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л.

Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 85

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 5 лет заболела остро, после возвращения из детского сада. Родители отметили вялость, недомогание, снижение аппетита. Поднялась температура тела до 38,0°C. На фоне приема жаропонижающего препарата температура снизилась до нормальных цифр. Вечером, укладывая ребенка спать, мама отметила появление сыпи на волосистой части головы, лице. На следующий день ребенок оставлен дома, сохранялись вялость, снижение аппетита, утром вновь отмечен подъем температуры тела до 38,2°C. Увеличилось количество элементов сыпи. Приглашен врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни ребенка не отягощен. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарем.

Эпиданамнез: две недели назад ребенок гостил у бабушки, у которой отмечались везикулезные высыпания в межреберьях, по ходу ребер, резко болезненные.

Осмотр: состояние ребенка средней тяжести. Девочка вялая, капризная, жалуется на кожный зуд. На коже волосистой части головы, лица, туловища, конечностей сыпь в виде пятен, папул, везикул диаметром до 5 мм. Везикулы однокамерные, с прозрачным содержимым и венчиком гиперемии. Единичные везикулы имеются на слизистой полости рта, половых органов. Других изменений по органам и системам нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Определите клинические показания к госпитализации.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 86

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см,

селезенка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – 5,4.10¹²/л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – 6,1.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 87

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Л. в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. Первый период - 12 часов, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4200 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипертонус, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение сернокислой магнезией, викасолом, на пятые сутки выписан домой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый кашицеобразный. Окружность головы 37 см, большой родничок 2,2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах,

движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
5. С какого возраста данному ребенку необходимо начать проведение профилактики рахита?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 88

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодич отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8.10¹²/л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – 6,3.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания обострения?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 89

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме у врача-педиатра участкового мама с 6-месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушинный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребенка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий.

Из анамнеза известно, что ребенок родился в срок, вес 3300 г, рост 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес. Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъема температуры до 37,5°C, со слов мамы, у ребенка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких

тканей в межреберных промежутках грудной клетки при вдохе.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,6°C, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД – 32 в минуту, пульс – 110 в минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, небные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику лечения ребенка при такой патологии.
5. Назовите наиболее вероятные развития данной врожденной патологии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 90

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 1 год 6 месяцев (масса - 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°C, насморка, малопродуктивного кашля. Родители лечили ребенка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с медом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание.

При осмотре ребенок беспокоится, плачет: температура тела - 38,9°C, ЧД – 32 в минуту, ЧСС – 120 в минуту; при дыхании удлинен вдох, дыхание с втяжением яремной ямки; кожа бледная, чистая; дыхание жесткое, хрипов нет, тоны сердца ясные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы исследования с целью верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможные осложнения заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 91

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приеме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней. В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст. На втором приеме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й центиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно.

Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - 4,8.10¹²/л, тромбоциты - 300.10⁹/л, лейкоциты – 6,3.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

ЭКГ – вариант возрастной нормы.

ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте подростку лечение.
5. Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели. На последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД 180/96 мм рт. ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 92

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мама девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребенка и повышенное потоотделение.

Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребенка здоровы. Роды в срок. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 33 см, оценка по Апгар 8 баллов. Закричал сразу. К груди ребенок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием мать с ребенком не явилась. Прогулки у ребенка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введен. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

Физическое развитие: рост 63 см, масса тела 7500 г, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см. Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, гулит.

Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные четки. Большой родничок - 3,3 см. Мышечная гипотония. Ребенок плохо опирается на ноги. Легкие и сердце - без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов - $3,9 \cdot 10^{12}/л$, цветной показатель - 0,9; число лейкоцитов - $7,9 \cdot 10^9/л$, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность полная удельный вес - 1016 г/л, рН-кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма-2,3-2,8 ммоль/л).

Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребёнка.
4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.
5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 93

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затрудненное дыхание, кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом: бронхиальная астма, atopическая форма, среднетяжелое персистирующее течение, контролируемая. Получает базисную терапию – серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребенка были проявления atopического дерматита, у матери ребенка - рецидивирующая крапивница.

Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела – 36°C. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезенка не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребенком в случае отмены госпитализации?
5. Через неделю симптомы обострения астмы были полностью купированы. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребенка на педиатрическом участке?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 94

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребенка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°C и появился кашель.

При посещении ребенка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребенок переохладился в результате длительной прогулки на улице.

Из анамнеза установлено, что ребенок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка («Превенар») и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.

При объективном исследовании: температура 38,5°C, ребенок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налетов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии легких в нижних отделах правого легкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности легких дыхание жесткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребенком в случае отмены госпитализации?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребенка, перенесшего внебольничную пневмонию?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 95

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: училась в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилородуоденальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.
4. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента?
5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 96

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме врача-педиатра участкового мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребенок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объеме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г. С 2 месяцев переведен на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отеков нет. Рост 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок 1,0.1,5 см, не напряжен. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC–5,6.109/л, RBC–3,2.1012/л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0мкм3, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – 340,0.109/л, NEU-30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий- плоский 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещенные и разрешенные злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребенком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребенка на педиатрическом участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 97

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На патронаже новорожденная девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребенка жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: матери ребенка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии легкой степени (отечная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного

покрова. На 5 сутки ребенок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края р.берной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, желтого цвета.

По данным обследования из выписки из родильного дома:

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты – 9,0.10⁹/л, эритроциты – 5,0.10¹²/л, гемоглобин – 180 g/L, тромбоциты – 220.10⁹/л; эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л за счет непрямого, непрямого билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Ребенок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дальнейшее наблюдение данного ребенка на амбулаторном этапе.
4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
5. Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребенка на первые 3 месяца.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 98

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Первичный патронаж новорожденного.

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

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3.3см, не напряжен. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

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

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 99

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мама с ребенком 8 месяцев. Ребенок от шестой беременности, вторых родов.

Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении 3100 г, длина тела – 50 см. Ребенок с 3-х месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает.

Объективно: масса тела 9 кг 300 г, рост 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аускультации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС - 130 в мин. Печень + 2 см, селезенка – у края реберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча желтая.

Анализ периферической крови: RBC - 3,1.10¹²/л, Hb - 75 г/л, MCH -21 пг, MCHC – 310 г/л, MCV—76 фл, RDW-23%, Ret -10‰, PLT - 210.10⁹/л, СОЭ -13 мм/ч, WBC - 7,7.10⁹/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 31%, лимфоциты – 55%, моноциты – 8%.

Вопросы:

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).
2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Ваша лечебная тактика.
5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 100

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

При визите врача-педиатра участкового к ребенку 5,5 месяцев мама сообщила, что у ребенка появились зудящие высыпания на коже тела и головы.

Anamnesismorbi: Данные проявления появились впервые 2 дня назад. Мама связывает заболевание с введением по рекомендации врача-педиатра участкового молочной каши.

Ребенок с рождения до настоящего времени на грудном вскармливании. Безмолочные каши ребенку введены 2 недели назад, высыпаний не вызывали.

У мамы в детстве были упорные кожные высыпания, из-за чего до настоящего времени (20 лет) не употребляла в пищу рыбу, яйца, молочные продукты, хотя высыпаний в течение 7 лет не было, оставалась сухость кожи.

При объективном исследовании врач-педиатр участковый выявил беспокойство ребенка, на теле распространенную эритематозную мелкопапулезную сыпь, единичные экскориации, умеренное вздутие живота, следы кала на подгузнике темно-зеленого цвета, слизь.

На основании полученных данных врачом-педиатром участковым выставлен диагноз «атопический дерматит, впервые выявленный, младенческий, эритематозно-скалезная форма, распространенный, средней тяжести, экзогенный, с пищевой сенсibilизацией (молоко)».

Вопросы:

1. Определите последовательность этапов реабилитации ребенка и критерии перевода с этапа на этап.
2. Определите реабилитационный прогноз, укажите факторы, его обуславливающие.
3. Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его.
4. Определите виды физической реабилитации (двигательный режим, ЛФК, массаж, спорт), показанные пациентке.
5. Определите показания к физиотерапевтическим и физическим методам восстановления на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 101

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость

Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад.

Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 часов – 1 месяц – 6 месяцев; АКДС – 3 месяца – 4,5 месяца; полиомиелит – 3 месяца – 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит – 12 месяцев.

Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает.

Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37,4°C. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни объективно: состояние средней тяжести, температура – 37,5°C, отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные плёнки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Плёнка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - $310,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $16,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1,018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больного.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребёнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок).

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 102

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.

Из анамнеза: ребёнок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесённых заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В лёгких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твёрдого нёба несколько поверхностных эрозий размером 2x3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

Декан педиатрического факультета _____
Аверьянов

А.П.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 103

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°C, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель.

Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мама вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.

Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура 38°C. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается лёгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налётов нет. ЧДД – 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких дыхание жёсткое с удлинённым вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики данному ребёнку?
5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 104

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 1 год 3 месяца. Мама вызвала врача-педиатра участкового в связи с жалобами на повышение температуры до 38,5°C (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести, самочувствие нарушено (капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно на руках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по задней стенке глотки стекает слизь. Втяжение межрёберных промежутков на вдохе. Перкуторно над лёгкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жёсткое, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы, удлинённый выдох. Число дыханий 48-52 в 1 минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 128 ударов в 1 минуту. Живот доступен пальпации, печень + 2 см из-под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. О поражении какой системы идёт речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы?
3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста?
4. Какое дыхание выслушивается над лёгкими у здорового ребёнка данного возраста?
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обуславливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 105

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребенка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.

Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 4,2.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 3,2.10⁹ /л, эритроциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты – 180 000; СОЭ – 5 мм/ч.

Время св.ртывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-ж.лтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.

Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели – РСК - 1/164.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противозидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 106

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочка 9 лет, со слов мамы, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер.

Объективный статус. При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объеме, печень + 3,0 см от края реберной дуги, селезенка + 2,0 см. Печень плотная, край закруглен. Моча темного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 2,8.10¹²/л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – 12,3.10⁹/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +.

Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отриц., жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, щелочная фосфатаза – 38,4 Ед/л, холестерин–3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0 мл, тимоловая проба – 14 ед., АлАТ – 128 Ед/л, АсАТ 200 Ед/л.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBsAg класса IgG и IgM, анти HCV.

УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 107

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребенок М. 8 месяцев поступил в стационар с приема в поликлинике с жалобами, со слов мамы, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребенка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребенок беспокоен, плачет, бледный.

Анамнез: ребенок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля. Родители ребенка с рождения отказывались от вакцинации.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $33,0 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 66%, моноциты - 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к Bordetellapertussis.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность легочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 108

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

У ребенка 6 лет, со слов мамы, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель.

Анамнез: ребенок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°C и появились катаральные явления: насморк, кашель, которые ежедневно нарастали; кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое; развился конъюнктивит.

При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого неба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях - розовая сыпь пятнисто-папулезного характера.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – 4,2.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,0.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%; СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 109

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 5 лет поступил с жалобами, со слов мамы, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле.

Анамнез: болен 2-й день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отечность век.

При осмотре: температура 38,9°C, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налетов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В легких: аускультативно – жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме.

Результаты анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 3,8.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,2.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен аденовирус.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 110

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 4-х лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°C. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Объективные данные: масса - 16 кг, рост - 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее. Печень + 5 см. Селезенка + 3 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 4,2.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 11,2.10⁹/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, лимфоциты - 57%, моноциты - 11%, СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жлтый, удельный вес – 1019, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет.

Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек.

Кровь на ИФА: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 111

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 3-х лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°C. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Анамнез: со слов мамы, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием.

Объективный статус: рост – 104 см, вес – 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зева – яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезенка +3,0 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 4,2.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 11,2.10⁹/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 32%, лимфоциты - 49%, моноциты - 6%; СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жлтый, удельный вес – 1021, белок – нет, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Обнаружена ДНК ЦМВ в моче и слюне.

Кровь на ИФА: анти-ЦМВ класса IgM.

Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 112

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 5 лет заболела тяжелой ангиной. Назначено лечение амоксициклавом, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребенок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус при осмотре – бледная, вялая, температура 37,2°C, ЧДД - 30 в минуту; АД - 80/50 мм рт. ст. Пленчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отек шейной клетчатки до середины шеи. Изо рта приторно-сладковатый запах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см от края реберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 19 кг.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 3,9.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 14,2.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белка нет, эпителий пл. – 2-3 в поле зрения.

Получены результаты бак.посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип gravis.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 113

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок С. 3 лет болен третий день, заболел остро, стал беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°C. Развился приступ затрудненного дыхания. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребенок беспокойный, голос осипший. Наблюдается втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребенка - 15 кг, ЧДД - 52 в минуту, ЧСС - 101 в минуту. Мать ребенка от госпитализации отказалась.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – 4,7.10¹²/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 4,3.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 57%, моноциты - 5%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - усиление сосудистого рисунка.

Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 114

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°C.

Анамнез жизни: ребенок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – 3,63.10¹²/л, цветовой показатель – 0,75; гематокрит – 41%, лейкоциты – 16,2.10⁹/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: желтый, жидкий, крахмал – зерна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – O111.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 115

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент ребенок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи ребенка, отказ от груди.

Анамнез заболевания: болен в течение трех дней. У матери ребенка во время беременности был выявлен HBs-антиген. В родильном доме ребенок получил прививку БЦЖ.

Объективный статус.

При осмотре: состояние тяжелое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезенка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пеленку.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $3,7 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $12,3 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 44%, лимфоциты – 37%, моноциты – 9%, СОЭ – 2 мм/ч.

Анализ мочи: цвет т.мный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++, уробилин+.

Анализ кала: стеркобилин – отрицательно.

В крови HBsAg – положительный.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ – 230 ЕД/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 12%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 116

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочку М. 2 лет 7 месяцев, со слов мамы, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.

Анамнез: у ребенка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приемом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.

При осмотре врача-педиатра участкового: температура 38,7°C, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса - 19 кг, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечается урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень +2,0 см, селезенка у края реберной дуги. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – 3,2.10¹²/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 16,8.10⁹/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Копрограмма: энтероколит: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения.

РПГА с иерсиниозным антигеном в титре 1:800 ++.

Бактериологическое исследование кала - посев роста не дал.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 117

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°C. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь.

Анамнез: мама ребенка неделю назад перенесла ангину.

При осмотре: температура 38,5°C. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отечное, «пылающие» щеки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях - розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная

гиперемия зева. На небных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налет с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налетом с рельефно выступающими, набухшими сосочками. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной

симптоматики нет.

Стрептотест - положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенесших такое заболевание?
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 118

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°C, легкий насморк, небольшой кашель, но самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь.

При осмотре на 3-й день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменном фоне. Пальпируются заднешейные, затылочные лимфоузлы. Слизистая небных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии.

Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 119

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь.

Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребенка появились одновременно с подъемом температуры.

Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряженной стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 120

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент Е. ребенок 11-ти месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту.

Анамнез: мама связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°C, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скудным, с примесью большого количества слизи темно-зеленого цвета до 10 раз.

Объективный статус: вес - 9 кг 600 г, рост - 71 см. Температура тела 38,7°C. Ребенок вялый. Аппетит значительно снижен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бедрах. Потеря веса – 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД - 80/50 мм

рт. ст. ЧСС - 124 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края реберной дуги, селезенка по краю левой реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 121

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент Е. ребенок 5 месяцев, вес – 7 кг. Обратились на третий день болезни с жалобами на отказ от еды, рвоту до 4 раз в сутки, вялость, подъем температуры до 37,6°C.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок 40 недель с весом 3200 г. С трехмесячного возраста находился на искусственном вскармливании, в весе прибавлял хорошо, перенес ОРВИ в 2 месяца.

Заболевание началось с подъема температуры до 37,3°C, рвоты съеденной пищей. На вторые сутки появился жидкий стул, который вскоре принял водянистый характер с примесью слизи (до 6 раз в сутки). В течение заболевания отмечалась периодически повторяющаяся рвота - 2-3 раза в сутки.

При осмотре состояние было расценено как среднетяжелое. Температура - 37,4°C. Ребенок вяловат, бледен, периодически беспокоен. Пьет неохотно. Кожа чистая, сухая. Расправление кожной складки замедленно. Язык обложен, сухой. Большой родничок не западает. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 146 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника, печень и

селезенка не увеличены. Анус сомкнут. Стул жидкий, водянистый, с незначительным количеством слизи. Диурез в норме.

В клиническом анализе крови: эритроциты – 5,0.10¹²/л, гемоглобин – 126 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 8,4.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Определите тяжесть заболевания.
4. Оцените тяжесть обезвоживания у больного.
5. Выберите метод и составьте план проведения регидратационной терапии для данного больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 122

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 3 лет заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38,5.С, рвоты, разжиженного стула. Был вызван врач-педиатр участковый, который назначил лечение нифуроксазидом. В течение последующих 2-х дней состояние ребенка было без динамики, сохранялась субфебрильная температура и разжиженный стул до 4-5 раз в сутки, стойкая тошнота, периодическая рвота (2-3 раза в сутки), умеренные боли в животе.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что мама ребенка связывает заболевание с употреблением плохо прожаренной яичницы.

При осмотре температура тела - 38,2°C, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту. Кожные покровы чистые, бледные. Эластичность и тургор тканей сохранен. Отмечается сухость слизистых оболочек ротовой полости, жажда. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких – везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Живот несколько вздут, все отделы доступны пальпации, выраженное урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка – на 0,5 см. Стул за сутки 5 раз, жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины» со слизью. Мочеиспускание не нарушено. При осмотре была однократная необильная рвота. Менингеальные знаки – отрицательные.

В общем анализе крови: эритроциты – 3,8.10¹²/л, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 16,6.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 18 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.
3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка и обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план обследования для уточнения этиологии заболевания.
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 123

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 3 лет заболел остро, когда появилась температура 38,0.С, недомогание, слизистое отделяемое из носа, покашливание. В течение суток лихорадил до 39,5°С, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.

При осмотре на 2 сутки заболевания: температура - 37,4.С, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистые оболочки ротовой полости и язык сухие. В зеве: гиперемия дужек, задней стенки глотки, из носа необильное слизистое отделяемое. Со стороны сердца и легких без патологии. Пульс – 120 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., ЧДД – 26 в минуту. Живот сильно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и

околопупочной области, при пальпации отмечается громкое урчание, шум «плеска», слышимые на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул за прошедшие сутки 5 раз, жидкий, желтый, водянистый, пенистый, обильный, неприятного запаха без патологических примесей, 2 раза была рвота. Мочится обычно. Менингеальные знаки – отрицательные.

Из эпидемиологического анамнеза: выяснено, что в детском саду, который посещает ребенок, есть еще 2 случая подобного заболевания.

В общем анализе крови: эритроциты – 3,8.10¹²/л, гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 4,7.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 53%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.
3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка, обоснуйте свой ответ и назовите метод для подтверждения этиологии.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 124

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 2 лет (масса тела - 12 кг) заболел остро: повысилась температура тела до 39,4°C, появилась рвота 1 раз, боли в животе. Через три часа появился обильный стул, сначала 3-кратно жидкий, затем к концу суток стул стал скудным, жидким, в виде «плевка» со слизью и прожилками крови. На второй день температура 37,8°C, рвота 2 раза, стул 8 раз, необильный с прожилками крови, гноя. Мальчик весь день жаловался на боль в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,0°C. Вялый, жалуется на периодические боли в животе. Часто просится на горшок. Аппетит снижен, пьет охотно. Кожные покровы бледные, чистые. Тургор тканей сохранен. Слизистые оболочки полости рта розовые, влажные, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом в центре. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 136 в минуту. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, слегка втянут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка, спазмированная, болезненная. Отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус податлив. Печень, селезенка не пальпируются. Во время осмотра ребенок вновь попросился на горшок. Стул осмотрен - скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения этиологии заболевания.
4. Предложите препарат для этиотропной терапии и обоснуйте его выбор.
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъема температуры тела до 39°C, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и жевании. На следующий день мама отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На 4 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,7°C, утром появилась сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела - 39,1°C. Жалуется на резкую головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые ротовой полости слабо гиперемированы, налетов нет. В околоушной, подчелюстной областях с обеих сторон отмечается легкая припухлость и болезненность при пальпации. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребенок не вакцинирован в связи с отказом матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного, включая план обследования.
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 126

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок в возрасте полутора лет. Заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°C. После приема Парацетамола температура снизилась до 38,7°C и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечалась слабость, вялость, отказ от еды. Ребенок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°C. Мать заметила необильную розовую сыпь на

коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребенок осмотрен врачом скорой помощи, который ввел внутримышечно литическую смесь.

При осмотре: состояние ребенка расценено как тяжелое. Температура - 38,5°C, ЧДД – 50 в минуту, ЧСС – 155 в минуту. АД – 90/50 мм рт. ст. В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бедер, голени имеется необильная геморрагическая «звездчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия небных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В легких дыхание учащено, жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного.
4. Специфическая профилактика данного заболевания.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У девочки 3 лет отмечаются слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, темная моча, обесцвеченный кал.

Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8.С, появилась тошнота, рвота, разжиженный стул. К врачу не обращались, мама лечила ребенка сама: давала парацетамол, фуразолидон. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,0.С, но мама заметила темную мочу и обесцвеченный кал. Обратились к врачу-педиатру участковому.

Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела - 36,8.С. Отмечается иктеричность кожи и склер. В зеве без патологии. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Моча темно-желтого цвета.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребенок, были случаи подобного заболевания. Привита по возрасту. Со слов мамы, никаким хирургическим вмешательствам ребенок не подвергался, кровь и плазму не переливали, за пределы города в течение последних 3 месяцев не выезжала.

В общем анализе крови: эритроциты - 4,5.10¹²/л, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты - 5,1.10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 9%, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимия крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и определите стационар для госпитализации больной.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Какой механизм передачи инфекции наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Обоснуйте свое решение.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 128

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъема температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание.

Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистые ротоглотки гиперемированы, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое. В легких: перкуторно по всем легочным полям – легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные. Ребенок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 129

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 2 лет заболел остро с повышением температуры тела до 37,5°C, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затрудненного дыхания. Беспокоен, мечется в кроватке. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребенок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, яремной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки врач отметил яркую гиперемию дужек, небных миндалин, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки. Налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обуславливающий тяжесть состояния ребенка.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение.
4. Каким методом Вы планируете подтвердить этиологию данного заболевания?
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок в возрасте 3 лет заболел две недели назад, когда на фоне субфебрильной непостоянной температуры и хорошего общего состояния у ребенка появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время.

Наблюдался врачом-педиатром участковым с диагнозом ОРВИ. К концу 2-й недели кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При осмотре: температура тела - 36,7°C, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кашель приступообразный, спазматический, до 17 приступов в сутки, сопровождается свистящим звуком на вдохе, с отхождением вязкой слизистой мокроты в конце приступа, периодически - рвота. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая небных дужек умеренно гиперемирована, язвочка на уздечке языка. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тимпанический оттенок перкуторного звука, ЧД - 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см. Селезенка не пальпируется. Стул, диурез – без особенностей.

Анамнез жизни: респираторными инфекциями болеет редко, аллергологический, наследственный анамнез не отягощен, привит в роддоме (БЦЖ, гепатит В), в дальнейшем не привит в связи с отказом родителей.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз? Какие методы наиболее информативны?
3. Проведите дифференциальный диагноз выявленной патологии с обструктивным бронхитом.
4. Составьте план лечения больного.
5. Перечислите меры специфической профилактики данного заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 131

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечается заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин.

Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. При повторном осмотре температура - 38,3°C. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузлы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно-эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые до 1,5 см в диаметре. Яркая гиперемия зева, на увеличенных небных миндалинах - в лакунах наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. ЧСС - 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на +3 см, селезенка +1 см из-под реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 3,8.10¹²/л, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - 12.10⁹/л; палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 40%, моноциты - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенесшим заболевание.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 6 лет заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C, заложенности носа, недомогания. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре врачом-педиатром участковым: температура тела - 37,8°C, увеличение и болезненность шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь располагается на неизменной коже, розовая, мелкая, пятнисто-папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.

При осмотре ротоглотки выявлена энантема в виде мелких красных пятен на небе и небных дужках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. Стул, мочеиспускание без особенностей. Неврологический статус без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - 4,1.10¹²/л, лейкоциты - 6,3.10⁹/л; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 25%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 58%, моноциты - 3%, плазматические клетки - 8%, СОЭ - 12 мм/час. Ребенок привит только от дифтерии, столбняка, полиомиелита.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Назовите методы специфической профилактики заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 133

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°C, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, температура тела 39,0°C. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на лице, туловище, конечностях обильная мелкоточечная сыпь, со сгущением в естественных складках кожи. Отмечается белый дермографизм. Слизистые оболочки ротовой полости влажные. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены, в лакунах наложения бело-желтого цвета, легко снимаются. Тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, болезненны. Рот открывает свободно. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный

Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 3,4.10¹²/л, лейкоциты - 13,5.10⁹/л; эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 17%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз.
2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план наблюдения ребёнка после выписки из стационара.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 3 лет, неорганизованный, заболел остро, поднялась температура до 37,8°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах. На 4 день болезни появилась сыпь на лице, и был вызван врач-педиатр участковый. При осмотре состояние ребенка оценено как средней степени тяжести, температура - 38,0°C, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа

слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Слизистые щек шероховаты, гиперемированы. На лице, шее, верхней части туловища крупная розовая пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Дыхание через нос затруднено, обильные серозные выделения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

В семье еще есть ребенок 2 лет. Привит только БЦЖ и однократно против гепатита в роддоме. Ясли не посещает.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Проведите обоснование выставленного диагноза.
3. Опишите дальнейшее течение заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план профилактических мероприятий в семье больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 5 лет (масса тела - 24 кг), посещающий детский сад, заболел с повышения температуры тела до 38,5°C. На 2 день заболевания мама заметила маленькие, единичные красные папулы на лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, появились на волосистой части головы. Весь день сохранялась высокая температура тела. На следующий день мама вызвала врача-педиатра участкового на дом. Пришедший на вызов врач-педиатр участковый расценил состояние ребенка как среднетяжелое. Температура тела - 38,4°C. Ребенок вялый, отказывается от еды. Пьет неохотно – жалуется на боль в горле при глотании. На коже туловища, лица, конечностях, волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твердом небе отмечаются единичные афты. Пальпируются периферические лимфоузлы II-III размеров, эластичные, безболезненные. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС – 104 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Кто в данном случае явился источником инфекции для ребенка? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1.С, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9.С. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-желтый налет, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – 4,1.10¹²/л, лейкоциты – 22.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
4. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае, обоснуйте их назначение, длительность терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 137

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°C, появилось недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечалась тошнота, рвота. На 4-й день болезни температура тела снизилась, однако сохранялась общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили темный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5-й день болезни появилась иктеричность склер.

Эпиданамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. Кожа - легкая иктеричность. Язык обложен белым налетом. Патологии со стороны бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Моча темного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - 3,6.10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин связанный - 38,6 мкмоль/л, свободный - 18,9 мкмоль/л, АлАТ - 610 Е/л, АсАТ - 269 Е/л.

Серологическое исследование (ИФА): HbsAg - отрицательный, анти-HAV IgM - положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лечения пациента.
4. Специфическая профилактика этой инфекции: вакцины и схема вакцинации.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 138

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 3 лет заболела остро с подъема температуры до 37,5°C, появления на коже туловища и конечностей высыпаний. Высыпания сначала были единичные, пятнисто-папулезные, но к концу дня сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым, окруженные венчиком гиперемии.

Динамика заболевания: в последующие дни девочка продолжала лихорадить, появлялись новые элементы сыпи.

Эпиданамнез: в детском саду имеются случаи подобного заболевания.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 3 день болезни: состояние ребенка средней тяжести. На коже лица, туловища, конечностей, волосистой части головы необильные высыпания: везикулы с прозрачным содержимым, окруженные венчиком гиперемии, не склонные к слиянию, некоторые элементы подсохли с образованием мелких корочек, имеются единичные мелкие папулы. Слизистая полости рта чистая. Катаральных явлений нет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 139

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 4 лет, посещающая детский сад, заболела остро с повышением температуры тела до 38,7°C, была однократная рвота, жалобы на боль в горле. К вечеру родители заметили у ребенка покраснение лица, сыпь на коже.

При осмотре врачом-педиатром участковым на третий день болезни состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, шероховатая, на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в паховых складках, на сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне. Отмечается синдром сгущения сыпи в местах естественных сгибов, линии Пастиа. Выраженный белый дермографизм. В зеве яркая отграниченная гиперемия мягкого неба, миндалины гипертрофированы, в лакунах легко снимающийся желтоватый налет. Язык у корня обложен густым белым налетом, с кончика и боков начинает очищаться, становится ярким, с выступающими грибовидными сосочками на очищенной поверхности. Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные подчелюстные лимфоузлы, эластичной консистенции, кожа вокруг лимфоузлов не изменена. Дыхание через нос свободное, катаральные явления не выражены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 2 лет заболела остро. Повысилась температура до 38,5°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь.

Динамика заболевания: на 4-й день болезни температура тела - 38,7°C, появилась сыпь на лице, которая в последующие дни распространилась на туловище, а затем на конечности. Катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились.

Прививочный анамнез: профилактические прививки ребенку не проводились из-за отказа родителей.

При осмотре состояние средней тяжести, вялая, температура - 39°C. На лице, туловище, конечностях обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная размером до 7-10 мм, местами сливная. Зев гиперемирован, на небе энантема, слизистая рта рыхлая, пятнистая. Язык влажный, обложен. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. Пальпируются увеличенные, безболезненные лимфоузлы преимущественно шейной группы. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы подтверждения данной инфекции.
4. Как и чем проводится активная иммунизация этой инфекции?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 141

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 5 лет (вес - 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появилась обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов стул повторился 4 раза, был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние.

Из анамнеза было выяснено, что ребенок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней.

При осмотре ребенок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура 36,1°C, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавшие. Слизистые рта сухие, гиперемированы. Язык обложен белым налетом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезенка не пальпируются. При осмотре была обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового отвара» без патологических примесей. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 7-ми месяцев болен в течение 3-х дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Врач-педиатр при осмотре на 4-й день болезни расценил состояние ребенка как средне-тяжелое. Температура - 38,3°C. Веки отечны, конъюнктив гиперемирован. На нижнем веке справа небольшая белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки увеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких аускультативно жесткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под реберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - 4,3.10¹²/л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - 7,9.10⁹/л; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; прозрачность - прозрачная; относительная плотность - 1021; белок - нет, глюкоза - нет; лейкоциты - 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительную этиологию данной патологии, обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 12-ти лет две недели назад сняли клеща с кожи головы над правым ухом.

Заболел с повышения температуры тела до 37,4°C, появилось покраснение кожи в виде округлого пятна в месте укуса клеща, которое постепенно увеличивалось в диаметре

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, безболезненные. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, небная миндалина справа 2 размера, слева 1 размера. В легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
4. Назовите препараты этиотропной терапии и длительность их применения.
5. Каким препаратом необходимо было провести экстренную химиопрофилактику данного заболевания? Обоснуйте.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 10-ти лет заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота.

За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38°C, вялость, повторная рвота, принесшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев спокоен, налетов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс - 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии. Печень пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут.

Стул от начала заболевания был трехкратно, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Последний раз мочился 2 часа назад.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план и опишите ожидаемые результаты обследования пациента.
4. Назовите клинические формы данной инфекции.
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 145

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 7-ми месяцев болен в течение 3-х дней.

Температура - 38-39.С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Состояние ребенка средней тяжести: температура - 38,3°С, веки отечны, конъюнктив гиперемирован. На нижнем веке справа белая пленка, легко снимается и растирается, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, увеличены миндалины, фолликулы на задней стенке глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 удара в минуту. Печень +3,5см, селезенка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
5. Составьте план лечения больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 9-ти лет заболел остро, с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии АДС-М Анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2-й день болезни состояние тяжелое, вялый, бледный, адинамичный. Голос сдавленный. Изо рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до середины шеи. Мягкие ткани ротоглотки резко отечны, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налеты, распространяющиеся на небо и заднюю стенку глотки. При попытке снять снимаются с трудом, оставляя кровоточащие поверхности. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Меры профилактики инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 8-ми лет заболел остро с повышением температуры тела до 37,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях, появившуюся одновременно.

При осмотре температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность затылочных шейных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая пятнистая на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также умеренная гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Какие осложнения возможны при этом заболевании?
5. Меры специфической профилактики инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 148

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 11-ти лет заболел остро с повышением температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании.

Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Отмечается болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Симптом Мурсона положительный. Динамика заболевания: на 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

При осмотре состояние средней тяжести, температура тела - 38°C. Обе околоушные железы увеличены в размере, тестоватой консистенции, кожа над ними не изменена. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия. В легких хрипы не улавливаются. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие еще формы заболевания Вы знаете?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Меры специфической профилактики инфекции.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 4-х лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи.

Из анамнеза известно, что заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мама заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым. Перенесенные заболевания – ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 года.

Эпиданамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулезные элементы в области грудной клетки, сопровождавшиеся болью.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Кожные покровы физиологической окраски, на коже спины, груди, живота, волосистой части головы необильные везикулезные элементы, диаметром 2-4 мм с прозрачным содержимым, есть элементы папулезного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налетов нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС – 92 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте необходимость дополнительного обследования для данного пациента.
4. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.
5. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 1-го года 7-ми месяцев заболел остро, повысилась температура тела до 39.С, появилось общее беспокойство, снижение аппетита, заложенность носа, редкое покашливание, покраснение глаз.

Эпиданамнез: старший брат 5-ти лет переносит ОРВИ, лечится на дому.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела - 38,6.С.Отмечаются слизистые выделения из носа. Конъюнктивы обоих глаз ярко гиперемированы, зернистые, отечные, на нижнем веке справа белая пленка, не выходящая за пределы конъюнктивы, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Редкий кашель. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы диаметром до 1,0 см, плотно-эластической консистенции. Отмечается гиперемия, отечность и зернистость задней стенки глотки, по которой стекает густая слизь. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, без патологических примесей, 2 раза в сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы, позволяющие верифицировать данное заболевание.
4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с дифтерией глаза.
5. Составьте план лечения данного больного.

Декан педиатрического факультета _____ А.П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 1 года сутки тому назад появились боли в области полового члена, отек, гиперемия, инфильтрация крайней плоти и болезненные мочеиспускания.

При осмотре крайняя плоть удлинена, отечна, головка полового члена не открывается.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Что означает наличие длинной узкой длинной крайней плоти и невозможность открытия головки полового члена у ребенка 1 года?
3. Что способствовало развитию воспалительного процесса наружных гениталий у данного ребенка?
4. Какое лечение показано ребенку, профилактика данного заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У девочки 8 месяцев отмечалась острая задержка мочи в течение 6 часов, беспокойство.

При осмотре ребенка в поликлинике пальпируется увеличенный до пупка и болезненный мочевого пузырь. В области наружных гениталий отмечается яркая гиперемия, отек мягкой тканей, слизисто-гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Обоснуйте ваш предполагаемый диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходима ребенку?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие лечебные процедуры должен выполнить амбулаторный врач?
5. Ваши рекомендации по дальнейшему лечению ребенка?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К детскому хирургу участковой поликлиники обратилась мать одномесячного ребенка, у которого при беспокойстве и крике появляется опухолевидное образование в пахово-мошоночной области слева.

При смотре ребенок врачом в пахово-мошоночной области слева определяется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, безболезненное, при надавливании оно с урчанием вправляется в свободную брюшную полость, кожа над ним не изменена.

Вопросы:

1. Обоснуйте Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Какова тактика и сроки лечения заболевания?
5. Каковы методы лечения заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 14 лет предъявляет жалобы на незначительные тянущие боли в тазу, а при пальпации обнаружил в левой половине мошонки безболезненное, неопределенной формы, мягкой консистенции образование, состоящее из «червеобразных» тканей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Каковы способы амбулаторной диагностики заболевания?
4. Показано ли консервативное лечение венозной недостаточности на ранней стадии заболевания и в чем оно состоит?
5. Каковы показания для направления на оперативное лечение?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К амбулаторному детскому хирургу обратился 10-летний мальчик, у которого 3 дня назад появились боли в подчелюстной области слева, припухлость, затем гиперемия.

Температура тела – 38,5.

При осмотре врачом - кожа в зоне болезненности отечна, инфильтрирована, гиперемирована, при пальпации определяется резкая болезненность, флюктуация.

Врач поставил диагноз подчелюстной лимфаденит и назначил сухое тепло на подчелюстную область, УВЧ- терапию, антибиотики, однако улучшения не наступило, и ребенок был доставлен по экстренным показаниям в хирургический стационар, где ему выполнили операцию и назначили постоперационное лечение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая ошибка была допущена участковым педиатром при диагностике и какой способ диагностики мог бы помочь в выборе метода лечения?
3. Какая ошибка была допущена в амбулаторном лечении данного больного?
4. Какое лечение должен получить больной в хирургической клинике?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 8 суток мать обнаружила на спинке округлое опухолевидное образование ярко красного цвета, выступающее над поверхностью кожи размером 10x5 мм. При надавливании на данное образование - оно бледнело.

При осмотре участковый педиатр рекомендовал повторный осмотр через 2 месяца.

При повторном осмотре данное образование увеличилось в 2 раза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что собой представляет данное образование? Классификация.
3. Какой особенностью обладает данное образование в раннем грудном возрасте?
4. Какая ошибка допущена участковым педиатром?
5. Какое лечение показано данному больному?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 157

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У девочки 8-ми месяцев неоднократно в течение ее жизни на фоне аденовирусной инфекции и без нее отмечались болезненные мочеиспускания, в моче - пиурия.

Участковым врачом назначалась антибиотикотерапия, по прекращению которой вновь возникали рецидивы воспаления мочевыделительной системы.

В связи с неэффективностью лечения больной выполнено УЗИ и обнаружено, что паренхима правой почки истончена, имеется двухсторонняя пиелокаликоуретерэктазия, больше выраженная справа. Ранее УЗИ не выполнялось.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая ошибка допущена врачом-педиатром? Где должна обследоваться больная?
3. Какие методы первичной диагностики необходимы для выявления патологии мочевыделительной системы у данной больной?
4. Кем, где и какие проводятся дополнительные инструментальные способы диагностики и лечение пациента?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 158

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 12 лет после игры в баскетбол появились интенсивные боли в правой половине мошонки. Ночь спал плохо из-за болей, а утром обратился к амбулаторному хирургу.

При осмотре обнаружен незначительный отек в области корня мошонки, справа и симптом «синего пятна», яички при пальпации безболезненны, однако у корня мошонки справа определяется резко болезненное опухолевидное образование размером с вишню.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Что означает симптом «синего пятна» и чем является пальпируемое болезненное образование?
3. С какими заболеваниями области мошонки проводится дифференциальная диагностика?
4. Какие способы диагностики необходимо выполнить больному?
5. Где и как должен лечиться больной?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 159

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 10 лет упал с забора, ударившись левым боком о землю. Появились умеренные боли в левом подреберье и левой поясничной области. Домой пришел самостоятельно, однако при мочеиспускании обратил внимание на выделение мочи, окрашенной кровью, но побоялся об этом сказать родственникам. Ночь провел относительно спокойно, однако гематурия, боли в животе и пояснице продолжали беспокоить.

Испуганные родители с ребенком обратились в районный травмпункт, где больной был осмотрен, предложена госпитализация в хирургическое отделение, от которой родители сначала отказались, но дежурный врач убедил их положить больного в стационар для обследования и лечения.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Ошибка, допущенная ребенком и родителями?
3. Какой способ экспресс-диагностики помимо осмотра необходимо было выполнить больному амбулаторно?
4. Куда необходимо было обратиться родителям для диагностики и лечения?
5. Какое обследование и лечение предполагается пациенту?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 1-го месяца при беспокойстве в области пупочного кольца появляется безболезненное опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, самостоятельно исчезающее при спокойном поведении больного.

Врач-педиатр рекомендовала обратиться к хирургу в хирургическую клинику для обследования и хирургического лечения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Правильны ли рекомендации педиатра?
3. К какому специалисту необходимо обратиться матери ребенка?
4. Какое лечение показано больному?
5. Когда показано хирургическое лечение при данном заболевании?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка с первых минут после рождения изо рта и носа обильно выделяется вспененная слюна, слегка окрашенная желчью.

Врач разрешил кормление, однако, при этом ребенок поперхивается, появляется цианоз, апноэ, кашель.

Вопросы:

1. В чем ошибка врача?
2. Ваше объяснение примеси желчи в слюне?
3. Опишите современную лечебно-диагностическую тактику при этом заболевании.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 162

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенку 3 недели.

У ребенка на второй день после рождения появилась частая рвота (почти после каждого кормления), количество рвотных масс несколько меньше количества высосанного молока.

Общее состояние удовлетворительное, ребенок криклив, беспокоен, медленно теряет в весе, непостоянные запоры, число мочеиспусканий уменьшено (10-14).

При осмотре живот вздут в эпигастрии, видимая перистальтика не видна.

В анализах крови - умеренная гипохлоремия, алкалоз.

При контрастном рентгенологическом исследовании эвакуация йодлипола (5 мл) из желудка начинается через 15 минут и заканчивается через 3 часа.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?
3. Является ли типичной описанная клиническая картина?
4. Дифференциальный диагноз.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 163

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У девочки в возрасте трех недель появилась рвота после кормления, непостоянная, фонтаном, с небольшой примесью желчи (не всегда).

У ребенка частые поносы, он вял, адинамичен, быстро теряет в весе, отказывается от приема жидкости.

Живот вздут в эпигастрии.

В крови гиперкалиемия, гипонатриемия, ацидоз.

В моче повышено содержание натрия и хлора.

При рентгенологическом исследовании желудка с контрастным веществом задержки последнего не отмечено, эвакуация обычная.

Вопросы:

1. Диагноз, лечебная тактика?
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 164

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенку 3 суток. С первых часов после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается.

Общее состояние в первые сутки удовлетворительное, затем появилась вялость, адинамия, нарастало обезвоживание, за сутки ребенок потерял в массе 250 г. Дважды отмечено отхождение скудного, сероватого стула, мочеиспускание 6 раз в сутки.

При осмотре выражены признаки обезвоживания (сухая морщинистая кожа, западающие глазные яблоки и родничок, сухие слизистые). Живот мягкий, вздут в эпигастрии. После рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота западают.

В анализах крови - гипохлоремия, сгущение крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какой метод исследования является решающим?
3. Современная лечебная тактика.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 165

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий.

Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации ребенок беспокоится, плачет.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости видны множественные разнокалиберные воздушные пузыри с горизонтальными уровнями жидкости (чаши Клойбера).

Вопросы:

1. Диагноз? Нужны ли дополнительные исследования?
2. Каковы ориентиры нормального положения анального отверстия?
3. Опишите современную лечебно-диагностическую тактику.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 166

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводие. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Масса тела при рождении 3000 г. Приложен к груди на 2-е сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления.

В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зелёный цвет), в последующие дни стула не было. С увеличением объёма кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребёнка тяжёлое, он вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, с мраморностью. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в минуту. Живот мягкий, запавший.

При зондировании желудка удалено 60 мл молока без примесей. Амбула прямой кишки пустая.

Масса тела на 4-е сутки -2460 г, в анализах крови: рН=7,51, рСО₂34,6 ммрт.ст., ВЕ +4,5, Нб 180 г/л, Нт 75%, Na⁺ плазмы 132 мЭкв/л, K⁺ плазмы 3,8 мЭкв/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 167

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У новорожденного на второй день жизни внезапно стали нарастать нарушения дыхания, прогрессировали одышка, цианоз.

При осмотре: состояние ребенка крайне тяжелое, выраженная одышка, цианоз, пульс 196 ударов в минуту, нитевидный. При перкуссии выявлено смещение средостения влево, слева - обычный легочный звук, справа – коробочный звук по всем легочным полям. При аускультации слева - везикулярное дыхание, справа - дыхание резко ослаблено.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях должен подумать врач?
2. Каковы необходимые дополнительные исследования?
3. Возможно ли консервативное лечение данного заболевания?
4. Современная лечебная тактика.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 168

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 5-ти месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе, двукратная рвота.

При осмотре живот мягкий, в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное.

При исследовании через прямую кишку на пальце следы крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Типичен ли для данного заболевания описанный анамнез?
3. Предположите срок заболевания.
4. Определите лечебно-диагностическую тактику.
5. Объясните Ваш выбор способа лечения.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 169

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет.

Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром - жидкий стул.

При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8, тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками.

При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина?
3. Дифференциальный диагноз? Лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 170

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка двух лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки.

По словам матери, эта припухлость появилась сутки назад.

Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова должна быть тактика врача? Обоснуйте тактику.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 171

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок трех лет полгода назад был оперирован по поводу перитонита аппендикулярной этиологии.

Внезапно начались боли в животе, частая рвота, вначале желудочным содержимым, затем с примесью желчи, задержка отхождения газов, отсутствие стула.

Поступил в приемный покой детского отделения через 10 часов с момента заболевания.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какова лечебная тактика хирурга?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 172

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В отделение поступил ребенок трех лет.

С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы.

Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии.

Отмечается бледность кожных покровов, вздутие живота.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования?
2. Дальнейшая тактика?
3. Этиология и патогенез заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 173

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6–7 баллов. Масса тела 2200 г.

Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток.

Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2–3 раза скудными порциями. Теряет массу тела.

К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови.

Масса тела ребёнка 2150 г, в анализах крови: рН 7,21, рСО₂38 ммрт.ст., ВЕ 12, Нв 145 г/л, Нт 68%, натрий плазмы 123 мЭкв/л, калий плазмы 3,8 мЭкв/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, план обследования?
2. Тактика лечения?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 174

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 9-ти лет доставлена в хирургическое отделение.

Внезапно, среди полного здоровья, появилась обильная рвота с большой примесью жидкой крови и в виде сгустков. Больная жалуется на общую слабость, сонливость.

Кожные покровы бледные, живот умеренно вздут, усилен рисунок вен передней брюшной стенки. Напряжения мышц живота не отмечено, печень не пальпируется, селезенка выступает на 10 см, плотная безболезненная. Определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?
4. Этиология, патогенез заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 175

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В поликлинику обратились родители ребенка 5-ти лет.

У мальчика часто с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови, стул оформленный, других жалоб нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как его подтвердить?
3. Дифференциальный диагноз, лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 176

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик в возрасте 1-го месяца заболел остро. Резко ухудшилось общее состояние. Отказывается от груди, температура тела - 38,5.

Вначале беспокойный, ребенок стал вялым, адинамичным. Кожа приобрела сероватый оттенок. На спине в межлопаточной области мать заметила красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось. Утром на следующий день родители вызвали врача на дом.

Участковый педиатр немедленно направил ребенка в детское хирургическое отделение.

При поступлении в клинику температура тела 40. Язык обложен, сухой, большой родничок запавший. Тоны сердца глухие, пульс до 180 ударов, мягкий. В крови 21000 лейкоцитов, со сдвигом лейкоформулы до юных форм. Очаг поражения локализуется в области спины и поясничной области. Кожа гиперемирована, отечна, в центре выявляется синюшность и пологое углубление.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какая помощь должна быть оказана больному ребенку?
3. Прогноз заболевания?
4. Этиопатогенез заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 177

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов в срок с массой тела 3500 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный.

К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: ребёнок беспокоен, стонет, не сосёт, рвота с жёлчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Живот резко вздут, болезненный, напряжённый. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печёночная тупость не определяется. Стул и газы не отходят.

Масса тела ребёнка 3200 г, в анализах крови: рН 7,21, рСО₂40 ммрт.ст., ВЕ –13, Нб 185 г/л, Нт 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 178

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика в возрасте 20-ти дней, который лечится по поводу "мокнущего пупка", отмечено ухудшение общего состояния, отказывается от груди, температура тела поднялась до 38, беспокойный.

Кожа вокруг пупка стала гиперемированной, отечной и инфильтрированной. Вся область пупка возвышается над остальными отделами брюшной стенки. Пупочная ранка покрыта фибринозным налетом. На следующий день отек и инфильтрация распространилась на всю переднюю брюшную стенку.

Вопросы:

1. Какое осложнение имеет место в данном случае?
2. Лечебная тактика?
3. Этиопатогенез заболевания?
4. Прогноз?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 179

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка в возрасте двух недель заболела остро. Появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39, исчез аппетит.

В области правой грудной железы появилась гиперемия кожи, припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как лечить ребенка?
3. Выскажите свое мнение об этиологии и патогенезе заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 180

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенку 11 лет, болен четыре дня.

Температура тела до 40, жалуется на боли во всей правой голени, наступать на ногу не может, не спит.

Разлитой напряженный отек всей голени, легкая гиперемия. При пальпации резкая болезненность в проекции большеберцовой кости. Симптом флюктуации отсутствует.

В крови лейкоцитоз - 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ - 62 мм/час.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 181

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 8-ми месяцев во время игры на полу внезапно покраснел, закашлялся. Через некоторое время этот приступ прошел, но в дальнейшем развилась картина правосторонней пневмонии, длительно не разрешаемой медикаментозным лечением.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические мероприятия необходимы?
3. Проблемы лечебной тактики. Осложнения?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 182

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, появился выраженный цианоз кожных покровов.

При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит. ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Лечение?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 183

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В поликлинику обратилась мать с 4-летним мальчиком. С рождения страдает запорами, которые с 9-месячного возраста приняли упорный характер. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 2-3 дня.

Ребенок отстает в развитии, есть признаки алиментарной дистрофии, хронической интоксикации. Живот увеличен в объеме, мягкий. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, наметьте план обследования и лечебных мероприятий
2. Опишите этиопатогенез заболевания.

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 184

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У новорожденного ребенка с благополучным анамнезом на 6-й день жизни внезапно ухудшилось состояние, появилась рвота с «зеленью», задержка стула.

При осмотре выявлен запавший живот, патологические образования не пальпируются.

На вертикальной обзорной рентгенограмме брюшной полости уровни жидкости на проекции желудка и 12-перстной кишки, практически полное отсутствие газа в тонком и толстом кишечнике. При сифонной клизме стула не получено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования, дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 185

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 6-ти лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры до 38.

В анализах мочи лейкоцитурия.

При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита.

Клинико-рентгенологическое обследование не проводилось.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Методы диагностики?
3. Лечебная тактика?
4. Ваша оценка действий педиатра?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 186

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 2-х лет с рождения отмечаются затрудненные мочеиспускания тонкой, вялой, прерывистой струей с натуживанием, дневное недержание мочи.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз?
2. План обследования?
3. Какие методы исследования являются приоритетными в диагностике заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 187

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Переходя улицу, мальчик 7-ми лет был сбит автомашиной и через 40 минут после травмы доставлен в детскую хирургию.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные. АД - 80/60 мм рт.ст., пульс - 140 ударов в минуту. Живот при пальпации резко болезненный в левом подреберье и левой поясничной области. Резко положительный симптом Пастернацкого. При бимануальной пальпации определяется резко болезненное с нечеткими контурами объемное образование в левом подреберье.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы диагностики?
3. Лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 188

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В отделение доставлен новорожденный через 2 часа после рождения.

Ребенок бледный, вялый. В области пупка имеется опухолевидное образование, покрытое прозрачными, блестящими оболочками, через которые видны петли тонкого кишечника и край печени. Пуповинный остаток отходит от вершины этого образования. Диаметр дефекта брюшной стенки 7-8 см, высота «опухоли» -6-7 см.

На операции эмбриональные оболочки удалены и осуществлено сшивание краев дефекта, после чего наступила остановка дыхания.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина остановки дыхания?
3. Этиопатогенез заболевания?
4. Современная лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 189

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 3-х лет доставлен в приемное отделение с диагнозом: мегаколон, хроническая непроходимость кишечника.

Задержка стула наблюдается с 6-месячного возраста, через 3-4 дня мать делает очистительные клизмы. Мальчик отстает в физическом развитии. Дефицит массы тела 2-й степени.

Объективно: большой «лягушачий» живот, мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План обследования, тактика?
3. Этиопатогенез заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 190

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 5,5 месяцев доставлен с диагнозом: ОРЗ, правосторонний паховый лимфаденит.

Со слов мамы, 2 часа назад ребенок стал беспокойным, была однократная рвота, появилась припухлость в правой паховой области, температура тела 38,2.

В течение трех дней беспокоит насморк, повышенная температура.

Объективно: в правой паховой области имеется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, неподвижное, резко болезненное, кожа над ним не изменена. Правое яичко нормального положения и размеров.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечебно-диагностическая тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 191

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 2,5- лет три дня назад повысилась температура тела до фебрильных цифр, появилась многократная рвота, затем боль при мочеиспускании.

Участковым педиатром диагностировано ОРЗ, назначены антибиотики.

На 3-и сутки - госпитализация в педиатрическую клинику с диагнозом - острый пиелонефрит, через 2 дня - перевод в детскую хирургическую клинику.

Объективно: ребенок бледный, вялый, положение вынужденное. При изменении положения тела жалуется на боли в животе. Тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот вздут, болезнен и напряжен в нижних отделах. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование, мягко-эластической консистенции, округлой формы, болезненное.

В анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево.

В моче лейкоцитурия до 15 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назовите ошибки на догоспитальном этапе?
3. Опишите возможные варианты клинической картины данного заболевания?
4. Лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 192

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 10-ти лет болен 3-и сутки.

Жалобы на повышение температуры до 39, озноб, вялость, боли в области нижней трети голени и левого голеностопного сустава, которые появились после травмы на уроке физкультуры.

Объективно: вялый, адинамичный, заторможен, температура 39,8, тахикардия, одышка. Нижняя треть голени и левый голеностопный сустав умеренно отечны, кожные покровы не изменены. Движения, осевая нагрузка в левом голеностопном суставе болезненны. При пальпации вся нижняя треть голени болезненна, симптом флюктуации отсутствует, но имеется участок наибольшей болезненности по наружной поверхности на 5 см выше лодыжки.

В общем анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево.

В анализе мочи патологии нет.

На рентгенограмме левой голени в день поступления патологии не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечебно-диагностическая тактика?
3. Этиопатогенез, клиника, лечебная тактика при данном заболевании?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 193

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе.

Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, в левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечебно-диагностическая тактика?
3. Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 194

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка в возрасте 4-х недель появилась частая рвота фонтаном после каждого кормления. Количество рвотных масс превышает количество съеденного молока, в рвотных массах нет примеси желчи, рвота имеет застойный кислый запах. Выражен запор, число мочеиспусканий уменьшено до 6 в сутки. При осмотре кожа сухая, морщинистая. Живот вздут в эпигастрии, видна перистальтика (желудок в виде «песочных часов»). При пальпации справа от средней линии в эпигастрии нечетко пальпируется эластическое безболезненное уплотнение.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости виден перерастянутый желудок с горизонтальным уровнем жидкости.

При контрастном исследовании видна глубокая перистальтика, поздняя эвакуация контрастного вещества, заканчивающаяся после 24 часов, отмечено сужение пилорического канала.

В крови - сгущение крови, высокие гематокрит, гипохлоремия, гипокалиемия.

В моче снижено содержание натрия и хлора.

Вопросы:

1. Какой Вы поставите диагноз, какова лечебная тактика?
2. Какой метод диагностики является базисным в данном случае?
3. Объясните патогенез перечисленных симптомов?
4. Дифференциальный диагноз?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 195

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания - одышка, цианоз.

При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания, перкуторно справа обычный легочный звук, слева - укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки средостение смещено вправо, слева до 2 ребра определяются разнокалиберные воздушные полости.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. В какой синдром входит это заболевание?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 196

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Больна 5 часов. Была 3-кратная рвота, дважды - жидкий стул.

Вопросы:

1. Дифференциальный диагноз?
2. Опишите лечебно-диагностическую тактику?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 197

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка 9-ти месяцев, находящегося в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается, нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура тела держится в пределах 38-39.

При перкуссии справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, при аускультации дыхание резко ослаблено.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Дополнительные методы обследования, лечебная тактика?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 198

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенку 17 дней. Мать заметила выраженное беспокойство при пеленании.

Общее состояние не нарушено. Температура тела 37,2, сосет удовлетворительно, стул, мочеиспускание в норме.

При осмотре обнаружено, что левая верхняя конечность разогнута в локтевом суставе, активные движения в плечевом и локтевом суставах резко ограничены, пассивные движения вызывают резкое беспокойство ребенка. Другой патологии не найдено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Диагностические мероприятия?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 199

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Спустя 36 часов с момента рождения у новорожденного появилась рвота с примесью мекония, беспокойство, стало прогрессировать обезвоживание. Отхождения газов и мекония не было. Объективно: живот вздут, мягкий. Анус сформирован правильно.

При осмотре через прямую кишку определяется препятствие на глубине 3 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечебно-диагностическая тактика?
3. Оценка сроков диагностики?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 200

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребенка в возрасте 4 недель в течение последней недели продолжается рвота почти после каждого кормления большими объемами створоженного молока без примеси желчи.

Отмечена потеря в весе 400 г, редкие мочеиспускания (до 3-4 раз в сутки), появление запора.

Объективно: кожа сухая, тургор снижен. Слизистые суховаты, большой родничок запавший. Ребенок беспокоен, с жадностью сосет соску. Живот запавший, с видимой перистальтикой в эпигастрии.

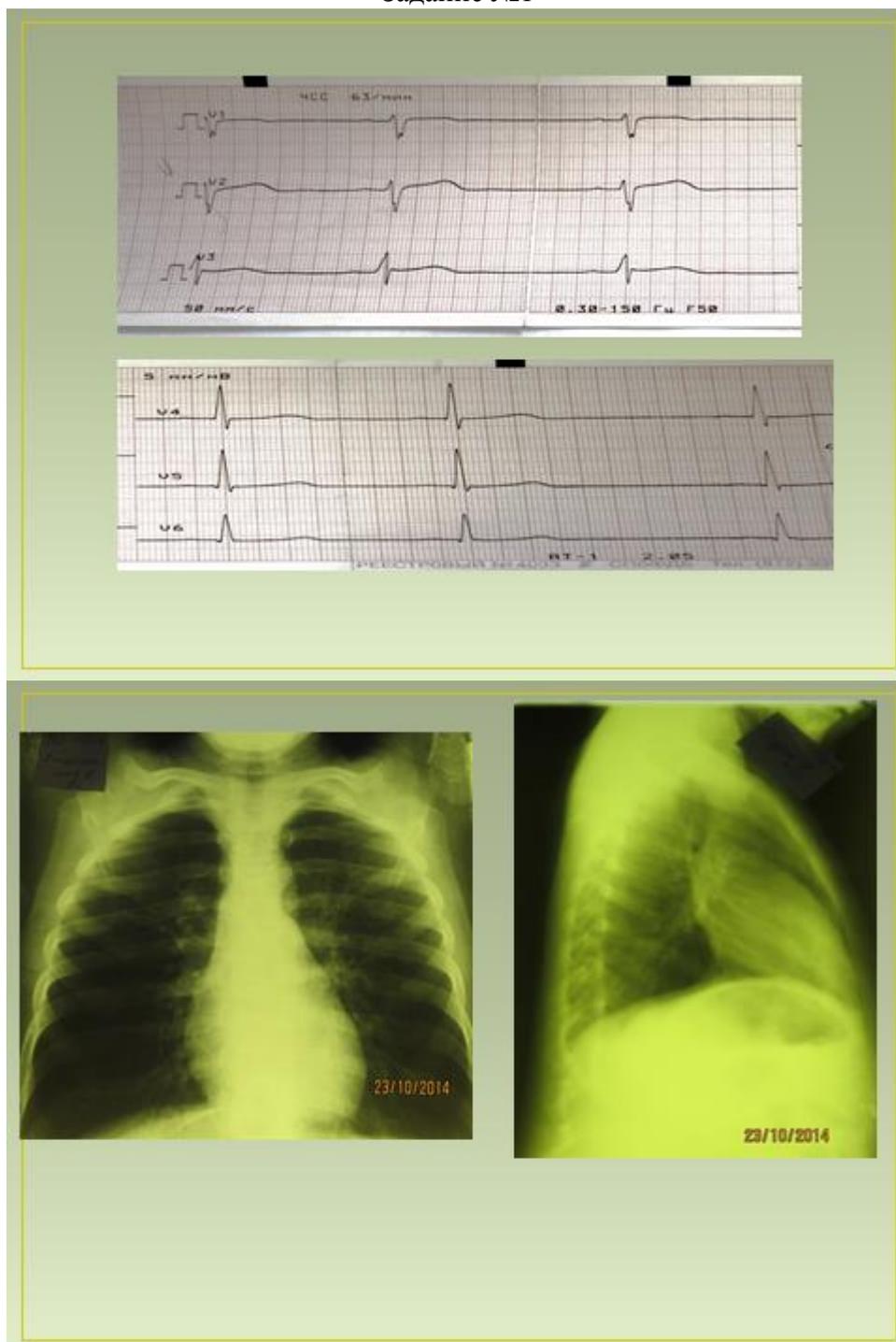
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечебно-диагностическая тактика?
3. Этиопатогенез заболевания?

Декан педиатрического факультета _____ А. П. Аверьянов

**Комплект заданий для диагностики (примеры) в составе кейс-заданий.
Полный комплект представлен на 2 дисках**

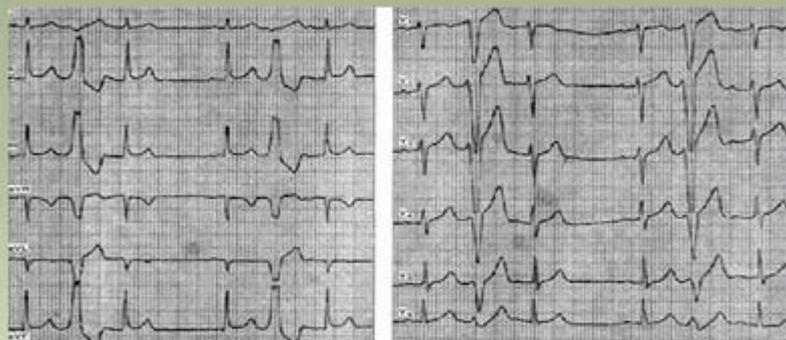
Задание №1



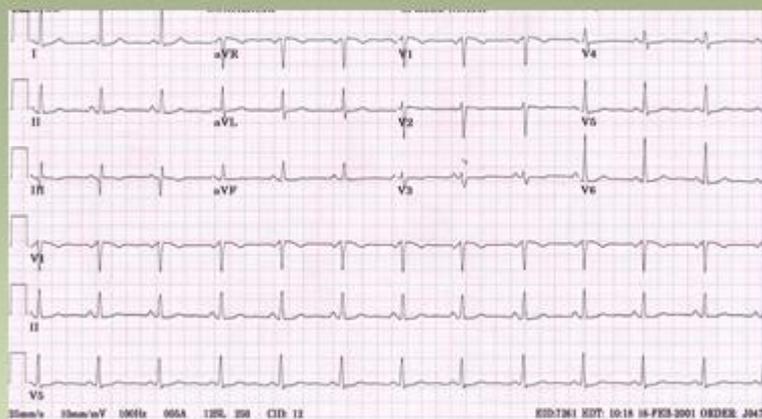
Задание №2



Задание №3



Задание №4



Задание №5



Станции для проверки практических навыков

1. Станция "Сердечно-легочная реанимация (базовая)"
2. Станция "Профилактический осмотр ребёнка"
3. Станция "Физикальное обследование ребёнка"
4. Станция "Неотложная медицинская помощь"
5. Станция "Экстренная медицинская помощь"
6. Станция «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача педиатра»

1. Станция "Сердечно-легочная реанимация (базовая)"

Информация (брифинг)

Вы пришли на рабочее место. Войдя в одно из помещений, Вы увидели, что человек лежит на полу! Ваша задача оказать ему помощь в рамках своих умений.

№ п/п	Действие	Текст вводной
1.	При демонстрации аккредитуемым жеста «Осмотр безопасности среды»	Дать вводную: «Опасности нет»
2.	При попытке оценить сознание	Дать вводную: «Нет реакции»
3.	При попытке оценить дыхание	Дать вводную: «Дыхания нет!»
4.	При попытке оценить пульс в любом месте	Дать вводную: «Пульсация не прощупывается!»
5.	При обращении за телефоном	Имитировать диспетчера службы скорой медицинской помощи: «Скорая слушает, что у Вас случилось?»
6.	В случае, если аккредитуемый называет правильную и полную информацию при СМП: адрес; один пострадавший, мужчина 20 лет, не дышит, приступаю к СЛР	Кратко ответить: «Вызов принят! Ждите»
7.	В случае, если информация неполная	Задавать вопросы от лица диспетчера СМП: адрес, возраст, пол, ФИО пострадавшего; объём Ваших вмешательств; что случилось; где Вы находитесь
8.	За минуту до окончания работы аккредитуемого на станции	Сообщить: «У Вас осталась одна минута»
9.	По окончании выполнения практического навыка	Поблагодарить за работу и попросить перейти на следующую станцию

Чек-лист Внезапная остановка кровообращения

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	Осмотреться	
Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи	Выполнить	
Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Выполнить	
Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Выполнить	
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути	Выполнить	
Определить признаки жизни		
Приблизить ухо к губам пострадавшего	Выполнить	
Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
Считать вслух до 10	Выполнить	
Вызвать специалиста (СМП) по алгоритму:		
Факт вызова бригады	Сказать	
Координаты места происшествия	Сказать	
Количество пострадавших	Сказать	
Пол	Сказать	
Примерный возраст	Сказать	
Состояние пострадавшего	Сказать	
Предположительная причина состояния	Сказать	
Объём Вашей помощи	Сказать	
Подготовка к компрессиям грудной клетки		
Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить	

Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить	
Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	Выполнить	
Время до первой компрессии	Вставить секунды	
Компрессии грудной клетки		
30 компрессий подряд	Выполнить	
Руки спасателя вертикальны	Выполнить	
Не сгибаются в локтях	Выполнить	
Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	Выполнить	
Компрессии отсчитываются вслух	Выполнить	
Искусственная вентиляция легких		
Защита себя	Использовать собственное надежное средство защиты	
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
1 и 2 пальцами этой руки зажать нос пострадавшему	Выполнить	
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие	Выполнить	
Обхватить губы пострадавшего своими губами	Выполнить	
Произвести выдох в пострадавшего	Выполнить	
Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды	Выполнить	
Повторить выдох пострадавшего	Выполнить	

Чек-лист Внезапная остановка кровообращения у детей

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
----------	-----------------	----------------------

Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	Осмотреться	
Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи	Выполнить	
Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Выполнить	
Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Выполнить	
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути	Выполнить	
Определить признаки жизни		
Приблизить ухо к губам пострадавшего	Выполнить	
Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
Считать вслух до 10	Выполнить	
Вызвать специалиста (СМП) по алгоритму:		
Факт вызова бригады	Сказать	
Координаты места происшествия	Сказать	
Количество пострадавших	Сказать	
Пол	Сказать	
Примерный возраст	Сказать	
Состояние пострадавшего	Сказать	
Предположительная причина состояния	Сказать	
Объём Вашей помощи	Сказать	
Подготовка к компрессиям грудной клетки		
Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить	
Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить	
Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего	Выполнить	

Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	Выполнить	
Время до первой компрессии	Вставить секунды	
Компрессии грудной клетки		
15 компрессий подряд	Выполнить	
Руки спасателя вертикальны	Выполнить	
Не сгибаются в локтях	Выполнить	
Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	Выполнить	
Компрессии отсчитываются вслух	Выполнить	
Искусственная вентиляция легких		
Защита себя	Использовать собственное надежное средство защиты	
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
1 и 2 пальцами этой руки зажать нос пострадавшему	Выполнить	
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие	Выполнить	
Обхватить губы пострадавшего своими губами	Выполнить	
Произвести выдох в пострадавшего	Выполнить	
Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды	Выполнить	
Повторить выдох пострадавшего	Выполнить	

2. Станция "Профилактический осмотр ребёнка"

Методика объективного обследования ребенка

Объективное обследование ребенка начинают с оценки общего состояния. Различают: состояние хорошее (только в отношении здоровых детей), удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое.

После этого переходят к оценке положению ребенка в постели: активное, пассивное или вынужденное. Под активным положением понимают положение ребенка, когда он может принять в постели любую позу, совершать активные движения. О пассивном положении говорят в том случае, если больной без посторонней помощи не может изменить своего положения. И, наконец, если ребенок для облегчения своего состояния принимает какое-

то особое положение (поза легавой собаки при менингите, сидячее положение, упиравшись руками в колени, при приступе бронхиальной астмы), тогда положение оценивается как вынужденное. Ограничение режима по терапевтическим показаниям не является свидетельством пассивного положения больного.

Оценка сознания ребенка - ясное, сомнолентное, или ступорозное (состояние оглушенности, сопорозное, реакция только на сильное раздражение). При потере сознания говорят о коме, рационально определить степень комы. При коме 1 степени (легкая кома) - отсутствует сознание и произвольные движения, роговичные и корнеальные рефлексы сохранены, 2 степень характеризуется отсутствием сознания, арефлексией (сохранены только вялые рефлексы зрачков), часто наблюдаются расстройства ритма дыхания. При коме 3 степени наблюдается отсутствие всех рефлексов, глубокие расстройства дыхания и кровообращения, цианоз и гипотермия.

Параллельно отмечается настроение ребенка (ровное, спокойное, приподнятое, возбужденное, неустойчивое), его реакция и контакт с окружающими, интерес к игрушкам.

Методика обследования по системам

Кожа и подкожная клетчатка.

Объективными методами обследования кожи является: осмотр, ощупывание, исследование ломкости сосудов и определение дермографизма.

Осмотр. Тщательный осмотр кожи ребенка может быть произведен только при хорошем освещении. Ребенка необходимо полностью раздеть. Так как старшие дети при этом стесняются, то целесообразно обнажать ребенка постепенно, по мере необходимости. Особенно внимательно следует осмотреть подмышечные впадины, кожные складки, окружность заднего прохода, где чаще всего возникают опрелости и другие кожные проявления.

Прежде всего, следует обратить внимание на окраску кожи и видимых слизистых оболочек, а затем на кровенаполнение, расширение вен и венозных капилляров, наличие сыпи, кровоизлияний, рубцов, рост волос. Нормальная окраска кожи ребенка розовая. Однако, при патологии возможна бледность или покраснение кожи, желтушность, цианотичность, землистый или землисто-серый оттенок. Необходимо также обратить внимание и на другие кожные изменения: расширение кожной венозной сети в межлопаточной области (в верхней части спины), в верхней части грудной клетки, на голове и в области живота.

Необходимо обратить также внимание на наличие пигментированных и депигментированных участков, шелушение, элементы экссудативного диатеза, молочные корки на щеках, гнейс на волосистой части головы и бровях, кроме того, на расчесы, потницу, рубцы и др.

При осмотре волосистой части головы обратить внимание на облысение, особенно на затылке, достаточность или поредение волосяного покрова, местное выпадение волос, жесткость и ломкость их, особенности роста волос в крестцово-поясничной области, гребешковый рост волос на голове, обилие пушковой и более грубой растительности на лбу, обильная растительность на конечностях и спине. Следует осмотреть состояние ногтей на руках и ногах, обратить внимание на их форму (часовые стекла, ломкость, грибковые поражения и т.д.).

Необходимо осмотреть дополнительно видимые слизистые оболочки нижнего века и полости рта, отметить степень их кровенаполнения и изменение слизистых (бледность, цианотичность, гиперемия). Детальный осмотр полости рта и зева, как процедуру неприятную для ребенка раннего возраста, следует отложить на самый конец объективного исследования.

Полученные визуальные данные необходимо дополнить пальпацией. Руки врача должны быть чистыми, теплыми и сухими. Пальпация должна быть поверхностной, проводить ее нужно нежно и не причинять ребенку боли, особенно на месте воспалительных

инфильтратов, при которых неизбежно бывают неприятные и часто болевые ощущения. Внимательно следить за мимикой ребенка, разговором отвлекать внимание ребенка от обследования.

С помощью пальпации определяется толщина и эластичность, влажность, температура кожи.

Для того чтобы определить толщину и эластичность кожи необходимо захватить кожу (без подкожного слоя) в небольшую складку большим и указательным пальцами правой руки, затем пальцы отнять. Если складка расправится сразу же, как только отняли пальцы, то кожа считается нормальной эластичности; если складка расправляется не сразу, а постепенно, то такая эластичность кожи считается сниженной. Захватить кожу в складку легче там, где мало подкожно-жирового слоя - на тыльной поверхности кисти, на локтевом сгибе. Эластичность кожи можно определить также на животе и груди. Особенно большое значение имеет определение эластичности кожи у детей раннего возраста.

Влажность определяется путем поглаживания кожи пальцами врача на симметричных участках тела: на груди, туловище, в подмышечных впадинах и паховых областях, на конечностях, в том числе и на ладонях и подошвах, особенно у детей препубертатного периода, на затылке - у грудных детей. В норме пальпаторно определяется умеренная влажность кожи, а при патологии может быть сухость, повышенная влажность и усиленная потливость.

Ощупыванием определяется и температура кожи. Температура кожи может быть повышенной или пониженной в зависимости от общей температуры тела, но может быть местное повышение или понижение температуры. Так, например, местное повышение температуры легко определить в области воспаленных суставов, а похолодание конечностей при спазме сосудов, при поражении центральной и периферической нервной системы.

Для исследования ломкости кожных сосудов необходимо наложить резиновый бинт или жгут на нижнюю треть плеча ребенка на 2-3 минуты. При повышенной ломкости сосудов после снятия жгута, на месте него, а также в локтевом сгибе и на предплечье, появляются мелкие кровоизлияния. Можно также захватить кожную складку, лучше на передней или боковой поверхности груди большим и указательным пальцами правой и левой руки и сжать складку или сделать щипок. Если на месте щипка появляется кровоподтек, то ломкости сосудов считается повышенной.

Исследование дермографизма производится путем проведения сверху вниз тыльной стороной указательного пальца правой руки или рукояткой молоточка по коже груди и живота. Через некоторое время на месте механического раздражения кожи появляется белая (белый дермографизм) или красная (красный дермографизм) полоса. Отмечают не только вид дермографизма, но и скорость его появления и исчезновения.

Исследование подкожно-жирового слоя.

Некоторое представление о количестве и распределении подкожно-жирового слоя можно получить при общем осмотре ребенка, однако, окончательное суждение о его состоянии делают только после пальпации.

Для оценки подкожно-жирового слоя требуется несколько более глубокая пальпация, чем при исследовании кожи - большим и указательным пальцами правой руки захватывают в складку не только кожу, но и подкожную клетчатку. Определять толщину подкожно-жирового слоя следует не на одном каком-нибудь участке, а в различных местах (на груди - между соском и грудиной, на животе- на уровне пупка, на спине- под лопатками, на конечностях- на наружной поверхности бедра и плеча, на лице- в области щек), так как в патологических случаях отложение жира в разных местах оказывается неодинаковым. В зависимости от толщины подкожно-жирового слоя говорят о нормальном, избыточном и недостаточном отложении жира. Обращается внимание на равномерное (по всему телу) или неравномерное распределение подкожно-жирового слоя.

При пальпации следует обращать внимание и на качество подкожно-жирового слоя, его консистенцию. В некоторых случаях, подкожно-жировой слой становится плотным, причем уплотнение может ограничиваться отдельными участками - склеродерма. Уплотнение может захватывать всю или почти всю подкожную клетчатку - склерема. Наряду с уплотнением может наблюдаться и отечность подкожно-жирового слоя - *склерема* (отечность от уплотнения отличается тем, что в первом случае при надавливании образуется углубление, которое довольно быстро выравнивается, во втором случае ямка при надавливании не образуется).

Следует обратить внимание на наличие отеков и их распространение (на веках, лице, конечностях, общий отек - анасарка или локализованный). Чтобы определить наличие отеков на нижних конечностях необходимо надавить указательным пальцем правой руки в области голени над большеберцовой костью. Если при надавливании получается вдавление, исчезающее постепенно, то это отек подкожной клетчатки; в том случае, если вдавление исчезает сразу, то говорят о слизистом отеке. У здорового ребенка вдавления не образуется. Определение тургора мягких тканей проводится путем сдавливания большим и указательным пальцами правой руки кожи и всех мягких тканей на внутренней поверхности бедра и плеча, при этом воспринимается ощущение сопротивляемости или упругости, называемое тургором. Если у маленьких детей тургор мягких тканей снижен, то при сдавлении их определяется ощущение вялости и дряблости.

Исследование периферических лимфатических узлов.

Исследование периферических лимфатических узлов производится с помощью осмотра и пальпации, причем, основным методом обследования следует считать пальпацию, требующую известного навыка.

Указательным и средним пальцами обеих рук симметрично, пытаясь прижать пальпируемые лимфоузлы к более плотной ткани (мышечная, костная), прощупывают лимфатические узлы, расположенные в подкожной клетчатке. Пальпация проводится в следующем порядке: начинать целесообразно с затылочных лимфоузлов, идя далее вперед и вниз, ощупывая заушные лимфоузлы - на сосцевидном отростке, подчелюстные - под углом нижней челюсти, подбородочные - по одному с каждой стороны, передние шейные - по ходу переднего края грудино-ключично-сосковой мышцы, задние шейные - сзади грудино-ключично-сосковой мышцы, надключичные - в надключичных ямках, подключичные - в подключичных ямках, подмышечные - в подмышечных впадинах, локтевые - в желобке двуглавой мышцы у локтя и выше, торакальные - у нижнего края большой грудной мышцы, паховые - в паховых областях.

Наиболее трудно поддаются пальпации подбородочные, подмышечные и локтевые лимфоузлы. Подбородочные лимфатические узлы ощупываются легкими движениями пальцев сзади наперед около средней линии подбородочной области. Чтобы найти подмышечные лимфоузлы необходимо ввести пальцы как можно глубже в подмышечную впадину и из нее вести пальцы книзу по грудной клетке. Локтевые узлы прощупываются следующим образом: захватив кистью руки нижнюю треть предплечья противоположной руки обследуемого, сгибают руку ребенка в локтевом суставе и затем указательным и средним пальцами другой руки продольными скользящими движениями прощупывают на уровне локтя и несколько выше.

Если лимфатические узлы прощупать удалось, то необходимо отметить следующие их особенности: количество (много, мало, единичные), величину (желательно в мм или см), консистенцию (мягкие, эластичные, плотные), подвижность, отношение к соседним узлам (прощупываются изолированно или спаяны в пакеты), отношение к окружающим тканям, коже и подкожной клетчатке (спаяны или нет), чувствительность при пальпации (болезненные или нет).

Необходимо также обследовать глоточное лимфатическое кольцо Пирогова-Вальдейра. Для этого необходимо, пользуясь шпателем, широко открыть рот ребенка и осмотреть небные миндалины, расположенные между дужками и язычные лимфоузлы,

расположенные в области корня языка (образуют так называемую язычную миндалину). Обращают внимание на величину миндалин, наличие налетов.

Носоглоточные миндалины расположены позади хоан. На их разрастание (аденоиды) могут указывать затруднение носового дыхания - ребенок храпит по ночам, речь становится гнусавой, понижается слух. Характерно аденоидное лицо: вялое выражение, толстые губы, открытый рот. Носоглоточные миндалины доступны для осмотра при расщелине твердого неба, в других случаях, при подозрении на их увеличение, применяется дополнительное исследование ощупыванием указательным пальцем (чаще ЛОР-врачом).

Исследование мышечной системы.

При исследовании мышечной системы необходимо отметить степень развития или массу мышц, их тонус, силу, объем и характер движений.

Тонус мышц определяется при помощи пассивного сгибания и разгибания верхних и нижних конечностей. По степени сопротивления, которое возникает при пассивных движениях, а также по консистенции мышечной ткани, определяемой на ощупь, судят о тонусе мышц. В норме масса и тонус мышц на симметричных участках должны быть одинаковы. Возможно повышение (гипертония) и понижение (гипотония) тонуса.

Сила мышц у старших детей исследуется с помощью динамометра. У детей младшего возраста сила мышц определяется лишь приблизительно, субъективным ощущением необходимого сопротивления тому или иному движению ребенка.

Исследование костно-суставной системы.

Объективное исследование костной системы производится путем осмотра, ощупывания, измерения и если необходимо, рентгенографии.

Костная система исследуется последовательно в следующем порядке: сначала голова (череп), затем туловище (рудная клетка и позвоночник), верхние и нижние конечности.

Осмотром головы определяют ее величину и форму. Однако, более точное представление о величине головы дает измерение сантиметровой лентой (см. технику соматометрических исследований), обращают внимание не увеличены ли размеры головы (макроцефалия) или, наоборот, уменьшены (микроцефалия).

При осмотре обращают внимание на форму черепа. В норме форма черепа округлая, а при патологии может быть квадратной, башенной и т.д.

Ощупывание обследуются роднички, швы, а также плотность самих костей. Ощупывание производится обеими руками, положив большие пальцы на лоб, ладони на височные области, средними и указательными пальцами обследуют теменные кости, затылочную область, швы, роднички. Обращают внимание, имеется ли размягчение костей, особенно в области затылка (краниотабес), дефекты костей, реже значительное уплотнение костей черепа.

Пальпируя большой родничок, необходимо, прежде всего, определить величину родничка. Расстояние измеряется между двумя противоположными сторонами родничка, а не по диагонали (трудно решить, где кончается шов и начинается родничок). Тщательно ощупывают края родничка, обращается внимание, имеется ли их мягкость, податливость, зазубренность, позднее или раннее закрытие, выпячивание или западание. Следует ощупать и оценить состояние швов: имеется ли их податливость или расхождение.

При осмотре грудной клетки обращают внимание на ее форму. В норме у новорожденного грудная клетка имеет воронкообразную форму, а с возрастом она несколько уплощается и к школьному возрасту принимает окончательную форму - усеченного конуса. Обращают внимание на наличие «куриной» груди, гаррисоновой борозды (западение на месте прикрепления диафрагмы), сердечного горба, груди «сапожника», воронкообразной груди. При пальпации отмечают, имеется ли утолщение на границе костной и хрящевой части ребер (следствие избыточного образования остеонной ткани)- рахитические четки.

При осмотре позвоночника следует обратить внимание, имеется ли его искривление в сторону (сколиоз), вперед (лордоз), назад (кифоз). В случае сколиоза при осмотре ребенка

спереди можно заметить, что одно плечо стоит выше другого и одна рука прилегает к туловищу плотнее, чем другая.

При осмотре верхних конечностей обращают внимание на наличие укорочения плечевых костей, утолщение в области эпифизов лучевой кости (браслетки) и диафизов фаланг (нити жемчуга). При осмотре нижних конечностей следует обратить внимание имеется ли укорочение бедер, Х-образное или О-образное искривление конечностей, плоскостопие.

Суставы должны быть тщательно обследованы с помощью осмотра, пальпации и измерения. Следует определить форму сустава, установлены ли деформации, проверить объем движений, подвижность и болезненность в суставах. Ощупыванием выясняется кожная температура в области суставов. Величина сустава определяется сантиметровой лентой (на одинаковом уровне измеряются окружности обоих суставов).

Методика оценки физического развития.

Оценка физического развития имеет особенно большое значение в детском возрасте. Для оценки физического развития кроме измерения длины и массы, необходимо определение окружностей головы, груди, пропорций тела и вычисление ряда индексов. Сравнение полученных данных со стандартными величинами для данного возраста или результатами эмпирических формул позволяет объективно оценить физическое развитие данного ребенка. Объективная оценка физического развития у старших детей невозможна без оценки степени полового развития.

Измерение длины детей до года.

Измерение производится специальным ростомером в виде широкой доски длиной 80 см и шириной 40 см. С одной стороны доски нанесена сантиметровая шкала, у ее начала имеется неподвижная планка, в конце шкалы находится подвижная поперечная планка, легко передвигающаяся по шкале. Порядок измерения: ребенок измеряется в лежачем положении - укладывается таким образом, чтобы голова плотно прикасалась макушкой к поперечной неподвижной планке ростомера. Голова устанавливается в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной вертикальной плоскости. Помощник или мать плотно фиксируют голову. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким надавливанием левой рукой на колени ребенка, правой рукой подводят подвижную планку ростомера плотно к пяткам, сгибая стопу до прямого угла. Расстояние между подвижной и неподвижной планками будет соответствовать длине ребенка.

Измерение длины детей старшего возраста.

Измерение производится в положении стоя ростомером, который представляет собой деревянную доску длиной 2 м 10 см, шириной 8-10 см и толщиной 5-7 см, установленную вертикально на деревянной площадке размером 75*50 см. На вертикальной шкале нанесены 2 шкалы делений в см; одна (справа)- для длины стоя, другая (слева)- сидя. По ней скользит планшетка длиной 20 см. На уровне 40 см от пола к вертикальной доске прикреплена откидная скамейка для измерения длины сидя.

Порядок измерения: ребенок ставится на площадку ростомера спиной к вертикальной стойке в естественном, выпрямленном положении, касаясь вертикальной стойки пятками, ягодицами, межлопаточной областью, руки опущены, голова устанавливается в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости. Подвижная планка прикладывается к голове без надавливания. Измерение детей младшего возраста (от 1 до 3 лет) производится тем же ростомером, только используют вместо нижней площадки откидную скамейку и отсчет ведут по шкале слева. Установка головы и тела та же, что и при измерении детей старшего возраста.

Одномоментно при измерении длины определяется высота головы ребенка (расстояние между макушкой и наиболее выдающейся частью подбородка) и проверяется соотношение между высотой головы и ростом. Оценивается, соответствует ли это

возрасту. Находится средняя точка тела, для этого длина делится пополам и проводится линия на уровне цифры половинной длины.

Взвешивание детей с момента рождения до 2-3 лет

Взвешивание производится на чашечных весах с максимально допускаемой нагрузкой до 20 кг. Весы состоят из лотка и коромысла с двумя шкалами делений: нижняя в килограммах, верхняя в сотых долях килограмма. Точность измерения до 10 грамм. У коромысла весов есть противовес. В случае, если весы не уравновешены, нужно осторожно повернуть шайбу на противовесе к себе или от себя, ориентируясь на указатель равновесия.

Техника взвешивания: вначале взвешивается пеленка. Она кладется на лоток весов так, чтобы края пеленки не свешивались с лотка. Ребенок укладывается на широкую часть лотка головой и плечами, ножки на узкую часть. Если ребенка можно посадить, то его сажают на широкую часть лотка ягодичами, ножки на узкую часть. Помещать ребенка на весы и снимать с них можно только при закрытом коромысле весов, стоя не сбоку, а прямо со стороны коромысла весов. Показания весов снимаются с той гири, где имеются насечки или вырезка (нижнюю гирю необходимо помещать только в имеющиеся на нижней шкале гнезда насечки). После записи массы гири ставят на ноль. Для определения массы ребенка нужно из показаний весов вычесть вес пеленки.

Взвешивание детей после 3 лет.

Взвешивание производится на рычажных весах типа Фербенко. Во время взвешивания раздетый ребенок должен встать неподвижно на середину площадки весов. Коромысло весов состоит из 2 шкал, точность взвешивания 50 грамм. Взвешивание должно производиться утром натощак, желательно после мочеиспускания и дефекации.

Остальные измерения производят сантиметровой лентой.

При измерении окружности головы лента проводится сзади через затылочный бугор и спереди по лбу над бровями. Направление измерения сзади наперед.

Окружность грудной клетки измеряется в трех состояниях: максимального вдоха, выдоха и в состоянии покоя (у маленьких детей только в состоянии покоя). Сантиметровая лента накладывается сзади под углами лопаток, идет вперед и спереди захватывает нижний край околососковых кружков. У девочек с развитыми грудными железами спереди лента идет под ними по 4 ребру. Руки обследуемого свободно опущены вдоль тела.

Окружность плеча измеряется в верхней трети плеча. Лента накладывается на уровне подмышечной впадины в месте наибольшего развития двуглавой мышцы в горизонтальной плоскости.

Окружность бедра измеряется наложением ленты непосредственно под ягодичной складкой в горизонтальной плоскости.

Окружность голени измеряется наложением ленты в области наибольшего развития икроножной мышцы.

Окружности плеча, бедра, голени измеряют детям первых 3-4 лет.

Индексы.

Массо - ростовой индекс: отношение массы при рождении к длине при рождении. При нормотрофии индекс должен превышать 60, если же величина индекса меньше 60, то это свидетельствует о состоянии врожденной гипотрофии.

Индекс Чулицкой (упитанности): вычисляется по следующей формуле: $3 \text{ окружности плеча} + \text{окружность бедра} + \text{окружность голени} - \text{длина}$. Для детей первого года он равен 20-25, для детей 2-3 лет - 20. Позднее 3 лет индекс Чулицкой не определяется.

Индекс Эрисмана: оценивает степень развития грудной клетки, определяется до 15 лет. Он оценивается по формуле: $\text{окружность груди} - \text{полурост}$, его нормальная величина у детей до 1 года +13,5- +10, для 2-3 лет от +9 до +6, для 6-7 лет от +4 до +2 и для детей с 8 до 15 лет от +1 до -3. индекс Эрисмана до 3 лет составляет при пропорциональном развитии ребенка половину индекса Чулицкой (упитанности).

Наступающие при первом ростовом сдвиге изменения пропорций тела оказывает влияние на результаты филиппинского теста. При этом тесте правую руку ребенка при строго вертикальном положении головы кладут поперек середины темени, пальцы руки при этом вытянуты в направлении мочки левого уха. Рука и кисть плотно прилегают к голове. Филиппинский тест считают положительным, если кончики пальцев достигают уха, в противном случае тест отрицательный. Положительная проба указывает на полное завершение первого ростового периода. Наиболее раннее появление положительного теста в 5 лет, самое позднее - в 8 лет.

Методика обследования органов дыхания.

Для объективного обследования органов дыхания используют следующие методы: осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Осмотр.

Общий осмотр начинают с лица, затем осматривают грудную клетку. При осмотре лица обращают внимание на то, как ребенок дышит - ртом или носом, есть ли выделения из носа, какого они характера, наблюдается ли раздувание крыльев носа. Важно отметить цвет лица, нет ли цианоза, если есть, то степень его выраженности, постоянный он или временный (появляющийся при сосании, крике, физической нагрузке). Часто, особенно у маленьких детей, цианотическая окраска появляется только в области носогубного треугольника - периоральный цианоз.

При осмотре грудной клетки отмечается симметричность движения лопаток с обеих половин грудной клетки, набухание или втяжение межреберий, западение одной половины грудной клетки. Обращается внимание на участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Важно охарактеризовать голос ребенка, его крик, кашель. У старших детей рекомендуется попросить ребенка сделать форсированный вдох и выдох, при этом обратить внимание на участие грудной клетки в акте дыхания. В зависимости от преимущественного участия грудной клетки или живота определяют тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Ориентировочно по величине экскурсии грудной клетки определяют глубину дыхания. Ритм дыхания оценивают по регулярности дыхательных актов. Необходимо подсчитать число дыханий и отношение пульса к дыханию. Подсчет числа производят либо на глаз, либо рукой, положенной на грудь или живот ребенка. У новорожденных и грудных детей подсчет числа дыханий может быть произведен путем поднесения стетоскопа к носу ребенка (лучше во время сна). Подсчет числа дыханий проводят обязательно в течение одной минуты.

Пальпация.

Путем пальпации получают представление о состоянии кожи в области грудной клетки (локальная потливость, гиперестезия, отечность). Ощупывание производится обеими руками путем легкого поглаживания: руки кладут ладонями на исследуемые участки груди симметрично с обеих сторон. Определяют эластичность грудной клетки путем сдавливания ее обеими руками спереди назад и с боков. Отставание одной половины грудной клетки при дыхании можно определить, держа концы указательных пальцев у углов лопаток. Ощупывание позволяет выяснить место и степень болезненности грудной клетки. Пальпация применяется и для определения голосового дрожания. При этом руки кладутся на грудь ребенка симметрично с обеих сторон. Ребенка просят произносить слова типа «раз-два-три», «сорок три», у маленького ребенка пользуются плачем. При этом улавливаются колебания грудной клетки, обусловленные вибрацией голоса. В норме они сильнее выражены в верхних частях грудной клетки, особенно справа.

Перкуссия.

При перкуссии легких чрезвычайно важно обращать внимание на правильное положение ребенка, обеспечивающее симметричное положение грудной клетки. Переднюю поверхность грудной клетки детей раннего возраста удобнее всего перкутировать при положении лежа на спине, спина перкутируется в положении сидя, маленьких детей кто-нибудь должен поддерживать. Детей, не умеющих еще держать голову, можно

перкутировать, положив их на живот или взяв ребенка на левую руку. В этом случае ребенок лежит грудью на ладони левой руки врача, большой палец этой руки проводится в левую подмышечную впадину ребенка, указательный располагается на правой ключице, остальные на боковой поверхности грудной клетки справа. Старших детей перкутируют стоя. При этом при перкуссии задней поверхности грудной клетки предлагают ребенку скрестить руки на груди и слегка нагнуться вперед. Тяжелобольных можно перкутировать в сидячем или лежачем положении, не забывая о необходимости соблюдения симметричности положения обеих половин тела. У старших детей применяется посредственная перкуссия, у младших - непосредственная.

Посредственная перкуссия: средний палец левой руки, служащий в качестве плессиметра, должен плотно прилегать к исследуемой поверхности перкуSSIONные удары производятся средним пальцем правой руки, который должен быть согнут в межфаланговых суставах и не должен соприкасаться с другими пальцами. Удары производятся по средней фаланге среднего пальца левой руки, перкуSSIONный удар должен быть коротким, выстукивание производится только кистью, движениями в лучезапястном суставе. Удары проводятся по межреберью или ребрам. Направление должно идти от заведомо ясного звука к тупому.

Непосредственная перкуссия проводится средним пальцем правой руки, согнутой в локтевом суставе. Палец должен быть слегка согнут в пястно-фаланговом и межфаланговом суставе. При перкуссии предплечье остается в покое, движение кисти совершается в лучезапястном суставе и слегка в пястно-фаланговом, что обеспечивает эластичность удара. Перкуссия должна быть тихой, чтобы уловить переход от воздухосодержащих участков к безвоздушным. При этом звуковые ощущения соединяются с осязательными.

Аускультация.

Выслушиваются симметричные участки: верхушки, передняя поверхность легких, боковые отделы, подмышечные впадины, задние отделы легких - над, между и под лопатками, паравerteбральные области. Выслушивать ребенка, также как и перкутировать, удобно в сидячем положении, у маленьких детей лучше с отведенными в стороны или согнутыми в локтях и пригнутыми к животу руками. Тяжелобольных можно выслушивать и лежа, тем более, что лежачее положение при аускультации не играет такой роли, как при перкуссии.

При выслушивании, прежде всего, необходимо определить характер дыхания. Различают: 1) везикулярное - при этом соотношение вдоха и выдоха следующие: выдох составляет 1/3 вдоха; 2) жесткое - выдох составляет более половины вдоха или равен ему; 3) бронхиальное дыхание - в этом случае выдох прослушивается лучше вдоха. Кроме того, различают обычное, усиленное и ослабленное дыхание (усиливается или ослабляется вдох или выдох). При выслушивании здорового ребенка прослушивается дыхание типа усиленного жесткого (пуэрильное). Пуэрильное дыхание особенно сильно выслушивается у детей, начиная с 1-1,5 лет. У детей первого года жизни дыхательный шум кажется ослабленным - жесткий или ослабленно-жесткий характер дыхания.

При аускультации можно выслушать и хрипы. Различают сухие хрипы (свистящие, жужжащие и т. д.) и влажные (крупнопузырчатые - встречаются только у старших детей, средне- и мелкопузырчатые). Аускультацией можно определить крепитацию и шум трения плевры. Необходимо также различать хрипы, образующиеся в легочной ткани, и проводные из верхних дыхательных путей. Для разграничения можно пользоваться следующими свойствами проводных хрипов: они хорошо слышны над носом и ртом, хорошо проводятся на лопатки и остистые отростки грудных позвонков. При выслушивании хрипов обязательно нужно отметить их звучность.

Аускультацией можно выявить бронхофонию (усиленное проведение звука, чаще всего связанное с уплотнением ткани). Симптомы бронхофонии: ставим фонендоскоп в правое межлопаточное пространство (проекция правого бронха) и быстро переносим его в другие отделы легких. Выслушивание проводится во время крика ребенка или, прося ребенка

говорить слова (кис-кис, раз-два-три) при инфильтрации легочной ткани или другом ее уплотнении голос хорошо проводится в эти отделы и симптом считается положительным. Симптом Домбровской: выслушиваются тоны сердца в области левого соска, а затем фонендоскоп переносится в правую аксиллярную область. В норме тоны здесь практически не слышны (симптом отрицательный). При уплотнении легочной ткани тоны хорошо проводятся (симптом положительный). Симптом Д'Эспина: проводится аускультация над остистыми отростками, начиная с 7-8 грудных позвонков, снизу вверх во время шепота ребенка. В норме наблюдается резкое усиление проведения звука в области 1-2 грудного позвонка (симптом отрицательный). В случае увеличения лимфатических узлов в области бифуркации трахеи проведение голоса наблюдается ниже указанных позвонков (симптом положительный).

Методика обследования сердечнососудистой системы.

Объективное обследование сердечнососудистой системы состоит из осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. К дополнительным методам обследования относятся определение артериального давления и функциональные пробы.

Осмотр

Осмотр обычно начинают с лица и шеи больного, при этом обращают внимание на окраску кожных покровов - наличие цианоза, бледности, иктеричности. При осмотре шеи обращается внимание на наличие пульсации сонных артерий (пляска каротид), пульсации и набухания яремных вен. У старших детей набухание вен шеи может быть в горизонтальном положении и без патологии сердечнососудистой системы, но в этом случае набухание исчезает в вертикальном положении ребенка. После этого переходят к осмотру грудной клетки. При осмотре обращают внимание на наличие асимметричного выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб); реже выпячивание локализуется в области грудины или сбоку от нее и сопровождается пульсацией. Необходимо отметить наличие или отсутствие сглаженности или втяжения межреберных промежутков в области сердца. Осматривается верхушечный толчок - периодическое ритмичное выпячивание в области верхушки сердца в момент систолы. Часто, особенно у тучных детей, верхушечный толчок может быть не виден, он хорошо выявляется у детей-астеников с плохо развитым подкожно-жировым слоем. У здоровых детей, в зависимости от возраста, верхушечный толчок может быть в 4 (у грудных детей) или 5 межреберье. При патологии может наблюдаться отрицательный верхушечный толчок, который характеризуется втяжением грудной клетки во время систолы в области верхушечного толчка. Реже наблюдается сердечный толчок - сотрясение грудной клетки в области сердца, распространяющееся на грудину и в надчревную область. Он обусловлен сокращениями всего сердца, главным образом прилегающего к грудной клетке правого желудочка. У здоровых детей сердечный толчок не наблюдается. Необходимо обратить внимание на наличие надчревной (эпигастральной) пульсации. Она может наблюдаться и в норме у детей с короткой грудной клеткой, при низком стоянии диафрагмы. Большое значение имеет и осмотр конечностей. Здесь обращают внимание на наличие отеков (особенно нижних конечностей), акроцианоза.

Пальпация

Прежде всего, методом пальпации исследуется состояние пульса ребенка. Состояние пульса проверяется в нескольких местах. Пульс на лучевой артерии следует ощупывать одновременно на обеих руках, при отсутствии разницы в свойствах пульса, дальнейшее исследование проводится на одной руке. Рука ребенка помещается на уровне его сердца в расслабленном состоянии, кисть свободно захватывают правой рукой исследующего в области лучезапястного сустава с тыльной стороны; большой палец исследующего находится на локтевой стороне руки ребенка, средним и указательным пальцами проводится пальпация артерии.

Различают следующие характеристики пульса: частоту, ритм, напряжение, наполнение, форма. Для определения частоты пульса подсчет ведется не менее 1 минуты, параллельно

ведется подсчет частоты сердечных сокращений (по верхушечному толчку или аускультативно). Явление, при котором наблюдается разница между числом сердечных сокращений и числом пульсовых ударов, называется дефицитом пульса. Ритмичность пульса оценивается по равномерности интервалов между пульсовыми ударами. Различают ритмичный и аритмичный пульс. Некоторая аритмичность пульса, связанная с дыханием, явление физиологическое. Для детей школьного возраста: при вдохе пульс учащается, при выдохе - замедляется. Задержка дыхания этот вид аритмии устраняет.

При помощи пальпации уточняются свойства верхушечного толчка. Для этого исследующий кладет ладонь правой руки основанием к левому краю грудины, чтобы пальцы прикрывали область верхушечного толчка. Найденный верхушечный толчок ощупывается 2,3 и 4 пальцами. Определяются свойства верхушечного толчка: локализация, сила, площадь, высота. У здорового ребенка площадь верхушечного толчка составляет 1-2 см. Высота характеризуется амплитудой колебаний в области толчка: различают высокий и низкий верхушечный толчок. Сила верхушечного толчка измеряется тем давлением, которое оказывает верхушка на пальпирующие пальцы. Различают толчок умеренной силы, слабый и сильный.

Пальпаторно определяется симптом «кошачьего мурлыканья» (систолического или диастолического дрожания). Для этого необходимо положить ладонь ладонью на всю область сердца. Таким же образом можно пальпировать шум трения перикарда.

Путем ощупывания уточняется характер эпигастральной пульсации. Разлитая эпигастральная пульсация в направлении сверху вниз - признак гипертрофии правого сердца; справа налево - увеличенной печени; сзади наперед - пульсация аорты.

Перкуссия

Перкуссии сердца проводят при вертикальном или горизонтальном положении больного. Различают посредственную и непосредственную перкуссию. При посредственной перкуссии палец-плексиметр плотно прикладывается к грудной клетке, параллельно определяемой границе, по направлению то ясного звука к тупому, перкуссия средней силы и тишайшая. Отметка границы сердца производится по наружному краю пальца-плексиметра, обращенному к органу, дающему более громкий перкуторный звук. Порядок перкуссии: правая, левая, верхняя границы сердца.

Определение правой границы относительной сердечной тупости.

Для определения правой границы относительной тупости сердца палец плексиметр ставят во 2 межреберье справа по срединно-ключичной линии параллельно нижней границе легких. Перемещая палец, плексиметр сверху вниз по ребрам и межреберьям тихой перкуссией определяют верхнюю границу печеночной тупости (или нижнюю границу правого легкого). Затем палец плексиметр переносят на одно межреберье выше, поворачивают его под прямым углом, располагая параллельно определяемой границе. Нанося перкуторный удар средней силы, перемещают палец плексиметр по межреберью на небольшие расстояния по направлению к сердцу до появления притупления перкуторного звука.

Определение левой границы относительной сердечной тупости.

Находят верхушечный толчок и перкутируют по соответствующему межреберью, начиная от средней подмышечной линии, палец плексиметр должен быть наложен параллельно определяемой границе, причем удар должен иметь направление строго спереди назад.

Определение верхней границы относительной сердечной тупости.

Палец плексиметр ставят по левой парастеральной линии, начиная от первого межреберья, спускаются вниз, передвигая палец последовательно по ребру и межреберью. Отметку границы сердца ведут по верхнему краю пальца.

Непосредственная перкуссия границ относительной сердечной тупости проводится по тем же линиям, что и при посредственной.

В обычных условиях границы абсолютной сердечной тупости у детей не перкутируются.

Аускультация

Выслушивание ребенка производится в вертикальном, горизонтальном и в положении на левом боку. Врач обычно располагается справа от больного.

Порядок и точки аускультации:

1 область верхушечного толчка (выслушивание звуковых явлений с митрального клапана).

2 второе межреберье справа у края грудины (выслушивание звуковых явлений с аорты)

3 второе межреберье слева у края грудины (выслушивание звуковых явлений с клапанов легочной артерии)

4 нижняя треть грудины у мечевидного отростка, несколько правее от средней линии (проекция трехстворчатого клапана)

5 точка С.П.Боткина – место прикрепления 3-4 ребра к грудины или 3 межреберье (выслушивание звуковых явлений с клапанов аорты)

у детей обязательно выслушивается вся область сердца, а также сосуды шеи справа и слева.

Некоторые правила аускультации: ввиду того, что иногда дыхательные шумы мешают выслушивать звуковые явления со стороны сердца, рекомендуется выслушивать больного в период задержки дыхания - после глубокого вдоха и последующего выдоха (у старших детей). Первоначально необходимо оценить тоны сердца, их соотношения в разных точках, только после этого обращают внимание на наличие шумов сердца (первый тон соответствует пульсовому удару на сонной артерии или верхушечному толчку, кроме того, обычно пауза между первым и вторым тоном короче, чем между вторым и первым). При выслушивании шума необходимо отметить его свойства: тембр, силу, в какую фазу деятельности сердца он слышен (систолический или диастолический), какую часть систолы или диастолы он занимает, связь его с тонами сердца, изменение при перемене положения тела или при нагрузке. Все звуковые явления желательно изображать графически.

Артериальное давление и функциональные пробы.

Артериальное давление у детей измеряется или аппаратом Рива-Роччи или пружинным манометром. При измерении аппаратом Рива-Роччи необходимо, чтобы нулевое деление шкалы находилось на уровне исследуемой артерии или сердца ребенка (при измерении пружинным манометром это не обязательно).

Для точности измерения артериального давления размер манжеток должен соответствовать возрасту ребенка (ширина манжетки должна составлять половину окружности плеча обследуемого). Рука ребенка в расслабленном состоянии должна лежать удобно ладонью кверху. Ребенок не должен разговаривать. Манжетку накладывают на 2 см выше локтевого сгиба, не туго, чтобы свободно подвести под манжетку палец, перед наложением воздух из манжетки должен быть удален. Фонендоскоп в локтевом сгибе прикладывают на плечевую артерию без надавливания. Появление тонов сердца соответствует максимальному АД, их исчезновение - минимальному. АД рекомендуется измерять 2-3 раза с 2-3 минутным интервалом, за искомое берут минимальные цифры.

Техника проведения функциональных проб.

Ортостатическая проба: ребенок не менее чем в течение 5-10 минут находится в горизонтальном положении. У него измеряют АД и пульс, а затем повторяют эти измерения в вертикальном положении. По разнице между частотой пульса и величиной АД судят о функциональном состоянии сердечнососудистой системы. Проба имеет ориентировочный характер.

Проба с дозированной физической нагрузкой по Н.А.Шалкову.

У ребенка в состоянии покоя измеряются частота пульса и дыхания, АД. По формуле Эрлангера-Гуккера определяется минутный объем крови (пульсовое давление умноженное на частоту пульса). Затем в зависимости от состояния ребенка, характера заболевания и режима предлагаются следующие нагрузки:

- 1 нагрузка - ребенку, находящемуся на постельном режиме, предлагается 3 раза перейти из лежачего положения в сидячее
- 2 нагрузка- то же 5 раз.
- 3 нагрузка- то же 10 раз.
- 4 нагрузка- ребенок стоит на полу, ему предлагают присесть 5 раз в течение 10 секунд.
- 5 нагрузка- то же, но 10 приседаний за 20 секунд.
- 6 нагрузка- то же, но 20 приседаний за 30 секунд.

1, 2, 3 нагрузки назначаются больным детям, находящимся при постельном режиме, 4, 5, 6 нагрузки - при полупостельном. Каждая следующая нагрузка назначается только тогда, когда на предыдущую нагрузку был адекватный ответ. Сразу после нагрузки, через 3 и 5 минут повторяются измерения частоты пульса, дыхания, АД и минутного объема крови. Полученные результаты оцениваются.

Методика обследования желудочно-кишечного тракта

Обследование желудочно-кишечного тракта состоит из осмотра, пальпации и перкуссии, аускультация используется редко и большого значения не имеет.

Осмотр начинают с живота и заканчивают (у маленьких детей) осмотром полости рта.

Осмотр живота проводится в горизонтальном и вертикальном положении. Обращают внимание на форму живота, его размеры, симметричность, наличие видимой на глаз перистальтики желудка и кишечника, участие в дыхании. Имеет значение и вид кожи живота, ее натяжение, блеск, сосудистая сеть, состояние пупка (втянут, сглажен, выпячен). Обязателен осмотр ануса на наличие трещин слизистой, выпадение прямой кишки, зияния ануса.

При осмотре полости рта следует обратить внимание на состояние слизистой, десен, неба, языка, состояние зубов и миндалин. Обязательным условием осмотра является хорошее освещение. Для тщательного осмотра ребенка младшего возраста иногда нужно фиксировать. Для этого помощник или мать берет ребенка на колени, сажает спиной к себе, ноги ребенка зажимает между своими ногами, правой рукой фиксирует руки и туловище, левой его голову. Врач должен находиться справа от ребенка и головой не закрывать свет, падающий в полость рта. Осматривать полость рта необходимо с помощью шпателя или ложки, не следует поддаваться просьбе ребенка осмотреть рот без шпателя. Прежде всего, необходимо осмотреть слизистую оболочку полости рта, начиная со слизистой губ, щек, десен, затем мягкого и твердого неба, языка и зева. Обратить внимание на окраску слизистой, ее влажность, наличие гиперемии, изъязвлений, молочницы, пятен Филатова-Коплика, разрыхления и кровоточивости десен. Обращают внимание на состояние языка (глоссит, макроглоссит, язвы, налеты, сосочки, географический язык и т.д.) и зубов (количество, постоянные или молочные, наличие кариеса, налета на зубах). Заканчивают обследование полости рта осмотром зева. Для этого необходимо ввести шпатель до корня языка и умеренным надавливанием книзу заставить ребенка широко открыть рот. Язык при этом должен находиться в полости рта. В случае зажатия ребенком зубов, нужно провести шпатель между щекой и деснами и через щель позади коренных зубов, надавить на корень языка. Ребенок откроет рот и при этом хорошо виден зев и даже надгортанник. Обращают внимание на миндалины - увеличены ли они (в норме они не выходят за небные дужки), имеется ли на них разрыхленность, налет, есть ли гнойные пробки, изменена ли под миндалинами слизистая оболочка. В случае обнаружения налета необходимо обратить внимание на его цвет, легко ли он снимается, кровоточит ли поверхность миндалин после снятия налета.

Пальпация

Для правильного проведения пальпации врач садится справа от больного, лицом к нему. Ребенок должен лежать на спине со слегка согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, руки вытянуты вдоль туловища, голова на одном уровне с туловищем. Желательно отвлечь ребенка. Поверхностная или ориентировочная пальпация осуществляется путем легкого поглаживания брюшной стенки. Для этого обе или одна

рука кладется ладонной поверхностью на брюшную стенку, надавливание осуществляется 2-3-4-5 пальцами пальпирующей руки. Этим методом пальпации выявляют локализацию болей и зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда. Различают следующие зоны гиперестезии:

Холедоходуоденальная - правый верхний квадрант (область ограниченная правой реберной дугой, белой линией живота и линией, проходящей через пупок перпендикулярно белой линии живота).

Эпигастральная - занимает эпигастриум (область живота выше линии, соединяющей правую и левую реберные дуги).

Зона Шафара, которая расположена между белой линией живота и биссектрисой правого верхнего квадранта.

Панкреатическая зона- зона в виде полосы, занимающей мезогастриум от пупка до позвоночника, болевая зона тела и хвоста поджелудочной железы занимает весь левый верхний квадрант.

Аппендикулярная зона- правый нижний квадрант.

Сигмальная зона- левый нижний квадрант.

При помощи поверхностной пальпации определяют также дефанс и асимметрии толщины подкожной клетчатки, для чего на уровне пупка симметрично кожа и подкожная клетчатка первым и вторым пальцами собираются в складку.

После ориентировочной, переходят к глубокой топографической пальпации. Начинают обычно с пальпации толстого кишечника: сигмовидной кишки, слепой кишки и поперечно-ободочной. Затем следует пальпация печени, селезенки, поджелудочной железы, мезентериальных желез.

Пальпация толстого кишечника.

Пальпация сигмовидной кишки - правая рука исследующего кладется ладонью с несколько согнутыми пальцами на левую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику сигмовидной кишки. Поверхностным движением пальцев кожа сдвигается медиально, постепенно проникая вглубь живота до его задней стенки. Затем производится скользящее движение руки в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. Ладонная поверхность должна быть обращена к центру. Пальпация слепой кишки- техника пальпации та же, что и при пальпации сигмовидной кишки, но производится в правой подвздошной области. Направление - сверху вниз налево. Одновременно со слепой кишкой пальпируется восходящая кишка. Пальпация поперечно-ободочной кишки производится либо одной рукой, либо двумя (билатерально). Пальцы устанавливаются параллельно ходу кишки на 2-3 см выше пупка. Кожу сдвигают и погружают пальцы рук вглубь брюшной полости на выдохе. Затем производится скользящее движение рук сверху вниз, справа и слева от средней линии живота в области прямой мышцы или снаружи от нее.

При пальпации любого из отделов толстого кишечника необходимо отмечать следующие свойства пальпируемого отдела: локализация, форма, консистенция, размер, состояние поверхности, подвижность, наличие урчания и болезненности.

Пальпация печени. Различают 2 основных метода пальпации печени: 1 скользящая (соскальзывающая пальпация печени по Н.Д.Стражеско). Положение больного - лежа на спине со слегка согнутыми ногами, подушку убирают. Руки или вытянуты вдоль туловища, или лежат на грудной клетке. Пальцы пальпирующей руки образуют одну линию - параллельную нижней границе печени и производят легкое скользящее движение сверху вниз. Скользящими движениями следует ощупать всю поверхность печени. Чаще эту методику используют у детей грудного и младшего возраста.

2 бимануальная пальпация печени по В.П.Образцову. Правую пальпирующую руку кладут ладонью на область правой половины брюшной стенки или ниже.левой рукой охватывают правую половину грудной клетки в нижнем отделе. Оставляя правую руку, глубоко введенную при выдохе в брюшную полость на месте, просят ребенка глубоко вдохнуть.

При вдохе пальпирующая рука выводится из брюшной полости в направлении вперед и вверх. При этом край печени, скользя вверх, стремится обойти пальпирующие пальцы. В этот момент определяют форму и очертания края печени, ее консистенцию и болезненность.

Пальпация селезенки. Пальпация селезенки, так же, как и печени может осуществляться двумя методами - скользящая и бимануальная. Техника пальпации та же, как при пальпации печени, только при бимануальной пальпации селезенки ребенок укладывается на правый бок со слегка согнутыми ногами и согнутой головой (подбородок должен касаться грудной клетки).

Пальпация поджелудочной железы по Гроту. Пальпацию производят в положении ребенка лежа на спине с правой рукой сжатой в кулак и подведенной под поясницу. Пальцы правой (пальпирующей) руки вводят в брюшную полость по наружному краю левой прямой мышцы в левом верхнем квадранте. Направление пальцев к позвоночному столбу. Пальпация проводится на выдохе: пальпирующие пальцы, достигая позвоночника на уровне пупка, пальпируют поджелудочную железу в виде ленты, косо перекрывающей позвоночный столб. Пальпация может производиться и бимануально таким образом, что пальцы правой руки служат для восприятия ощущений или прощупывания, а помещенные на них пальцы левой руки, оказывая давление, способствуют проникновению вглубь брюшной полости. Можно проводить пальпацию поджелудочной железы, в положении сидя, а так же в положении на правом боку.

Пальпация мезентериальных лимфоузлов.

Пальпация проводится в зонах Штернберга (левый верхний и правый нижний квадранты живота). Пальцы правой руки вводят в брюшную полость по наружному краю прямой мышцы в области правого верхнего и левого нижнего квадрантов. Направление пальцев к позвоночному столбу. Движение пальцев скользящее вдоль позвоночного столба сверху вниз. В случае пальпации мезентериальных лимфоузлов. Оценивают их количество, подвижность, величину и болезненность.

С целью выявления патологии органов брюшной полости существует так называемая болевая пальпация (определение болевых точек). Количество болевых точек очень большое. Здесь приводятся только некоторые из них. Точка Керра - или пузырьная точка (при патологии желчного пузыря)- место пересечения наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой. Точка Мейо-Робсона или панкреатическая точка (болевая точка тела и хвоста поджелудочной железы)- на биссектрисе верхнего левого квадранта на 1/3 не доходя до реберной дуги. Точка Джардена (болевая точка головки поджелудочной железы)- на биссектрисе правого верхнего квадранта на расстоянии 5 см от пупка. Точка Боаса (надавливание в области поперечных отростков 10-11-12 грудных позвонков) и точка Опенховского (надавливание в области остистых отростков тех же позвонков) характерны для поражения язвенным процессом желудка и двенадцатиперстной кишки.

Существует так же ряд болевых симптомов. Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) - надавливание между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При поражении желчного пузыря наблюдается болезненность справа. Симптом Мерфи(при патологии желчного пузыря)- введение пальцев руки их ладонной поверхностью в подреберье в область желчного пузыря. Ребенка сидящего и несколько наклоненного вперед просят вдохнуть. Симптом Ортнера-Грекова - поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге (болезненность при поражении желчного пузыря или печени).

Пальпаторное определение свободной жидкости в брюшной полости с помощью ундуляции. Для этого левую руку кладут плашмя на боковую поверхность брюшной стенки, а пальцами правой руки наносят короткий удар с другой стороны. Этот удар вызывает колебания жидкости, которые передаются на другую сторону и воспринимаются левой рукой в виде так называемого симптома волны. Для того, чтобы убедиться, что волна передвигается по жидкости, а не по брюшной стенке или петлям кишечника,

рекомендуется чтобы помощник исследующего положил ладонь ребром на средину живота и слегка нажал. Этим приемом ликвидируется передача волны по брюшной стенке и кишечнику.

Перкуссия

Перкуссия живота ведется в горизонтальном положении в направлении от пупка вправо и влево (палец- плессиметр расположен параллельно белой линии живота) и в вертикальном положении ребенка в направлении сверху вниз в области прямой мышцы, либо по ее наружному краю (палец- плессиметр расположен параллельно нижней линии живота).

Различают следующие оттенки перкуторного звука: умеренный тимпанит (норма), тупость (асцит, псевдоасцит, опухоль) и высокий тимпанит (метеоризм). Перкуторно можно определить наличие свободной жидкости в брюшной полости. В этом случае перкуссию ведут в горизонтальном положении больного, отмечают границу тупости, после чего больному предлагают повернуться на исследуемую сторону, при наличии асцита граница тупости смещается к средней линии живота.

Перкуссия границ печени ведется сверху по трем линиям (средне-аксилярной, среднеключичной, и срединной), снизу по двум линиям (среднеключичной и средней). Палец - плессиметр расположен параллельно границам печени. Параллельно сантиметровое лентой проводится измерение печени по Курлову. Измерение ведется по трем линиям от верхней до нижней границы и измеряется в см: 1) по среднеключичной, 2) по срединной 3) по косой (расстояние от верхней границы печени до срединной линии, до нижней границы по среднеключичной линии) запись результатов выглядит так: 11*9*7 см..

Перкуссия границ селезенки ведется по двум линиям: по среднеаксилярной (определяют верхнюю и нижнюю границы) и по 10 ребру сзади по его воображаемому продолжению спереди. У здорового ребенка передняя граница селезенки не выходит за переднюю аксилярную линию, а задняя не выходит за заднюю аксилярную линию. Сантиметровой лентой измеряют продольный и поперечный размеры.

Аускультация живота

При выслушивании у здорового ребенка можно услышать перистальтику кишечника. Интенсивность этих звуковых явлений не велика. При патологии звуковые явления могут усиливаться, ослабляться или исчезать. При помощи смешанного метода исследования (аускультации и перкуссии - аускультоаффикция) можно определить границы желудка. Стетоскоп ставится заведомо на область желудка и проводится перкуссия одним пальцем сверху вниз по белой линии живота и проводится от мечевидного отростка до пупка. В области желудка перкуторный звук резко усиливается.

Методика обследования мочевыделительной системы

Обследование мочевыделительной системы состоит из осмотра, пальпации и перкуссии.

При *осмотре* обращают внимание на окраску кожных покровов - бледность кожи, отеки (особенно в области век), одутловатость лица, размеры живота, состояние поясничной области. Необходимо осмотреть также мошонку и наружные половые органы мальчиков (головку полового члена) и девочек (выявление вульвовагинитов).

Пальпация почек осуществляется при помощи бимануальной, глубокой пальпации по В.П. Образцову в горизонтальном и вертикальном положении ребенка (в вертикальном положении - преимущественно у старших детей). Техника: ребенок лежит на спине со слегка согнутыми ногами. Левая рука исследующего с выпрямленными и сложенными вместе пальцами находится под поясничной областью. Правая рука снаружи от прямой мышцы живота на уровне реберной дуги. Производится постепенное сближение рук до соприкосновения передней и задней брюшных стенок. При достижении соприкосновения ребенка просят сделать глубокий вдох - пальпируется опускающийся нижний полюс почки. Пальпация в положении ребенка стоя: туловище сгибается под прямым углом, руки опущены. Левая рука исследующего на поясничной области, правая- снаружи от

прямой мышцы живота на уровне реберной дуги. Техника пальпации та же, что и в положении ребенка лежа.

Перкуссия. С помощью перкуссии определяют симптом Пастернацкого, наличие свободной жидкости в брюшной полости (технику смотри выше) и верхнюю границу мочевого пузыря.

Симптом Пастернацкого: поколачивание согнутыми пальцами симметричных участков поясничной области по обе стороны позвоночника. У старших детей поколачивание ребром ладони правой руки по тыльной поверхности левой кисти.

Определение верхней границы мочевого пузыря: производится посредственная пальпация по белой линии живота от пупка вниз, палец-плессиметр расположен параллельно нижней границе живота. При наполненном мочевом пузыре над лобком получают притупление перкуторного звука.

Методика обследования нервной системы.

О состоянии нервной системы можно судить уже по состоянию ребенка, его настроению, сознанию, реакции на окружающих и т.д. Специальное неврологическое обследование студенты проходят на других курсах. Здесь приводятся только некоторые симптомы и рефлексы, необходимые для оценки развития ребенка (рефлексы новорожденных) и ряда состояний, довольно часто встречающихся в педиатрической практике: спазмофилический, мененгиальный и гипертензионный синдромы.

Рефлексы новорожденных

1. Шейно-тонический: ребенок лежит на спине, исследующий берет голову ребенка своими руками и поворачивает ее на бок, при этом одноименная рука вытягивается вдоль туловища, а противоположная рука сгибается в локтевом суставе.
2. Рефлекс Моро: при постукивании по столику, на котором лежит ребенок, или при разгибании ног возникает разведение верхних конечностей и затем охватывание.
3. Ладонно-ротовой: при нажатии большими пальцами исследующего одновременно на тенар обеих рук ребенка наблюдается открывание рта.
4. Рефлекс Робинсона: схватывание и прочное держание предмета при прикосновении им к внутренней поверхности ладоней.
5. Ползания по Бауэру: в положении на животе ребенок рефлекторно отталкивается ножками от приставленной к стопам ладони.
6. Симптом Кернига: невозможность полного разгибания ноги в коленном суставе в то время, когда она согнута под прямым углом в тазобедренном.
7. Рефлекс Бабинского: проводится штриховое движение (пальцем или рукояткой неврологического молотка) по наружному краю стопы по направлению от пятки к пальцам. При подошвенном сгибании всех пальцев симптом считается отрицательным. В случае положительного симптома отмечается тыльное разгибание большого пальца и подошвенное сгибание остальных пальцев стопы, которые иногда расходятся веерообразно.

Чек-лист Профилактический осмотр ребенка

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
Предварительный этап		
Поздороваться с пациентом (и/или его представителем)	Озвучить вводную	
Представиться	Озвучить вводную	
Спросить у пациента (и/или его представителя)	Озвучить вводную	

Фамилию пациента	Озвучить вводную	
Имя пациента	Озвучить вводную	
Отчество пациента	Озвучить вводную	
Возраст пациента	Озвучить вводную	
Информировать и получить согласие законных представителей ребенка на проведение осмотра и при необходимости вакцинации	Озвучить вводную	
Обработка рук		
Сказать и выполнить обработку рук гигиеническим способом перед проведением осмотра	Озвучить вводную	
Основной этап		
Сказать и раздеть ребенка для осмотра	Озвучить вводную	
Сказать и провести термометрию (аксиллярная)	Озвучить вводную	
Сказать и измерить рост с помощью ростомера	Озвучить вводную	
Сказать и взвесить ребенка на медицинских весах	Озвучить вводную	
Сказать и измерить окружность головы с помощью сантиметровой ленты	Озвучить вводную	
Сказать и измерить окружность грудной клетки с помощью сантиметровой ленты	Озвучить вводную	
Сказать и провести оценку состояния кожных покровов		
Цвет	Озвучить вводную	
чистота	Озвучить вводную	
влажность	Озвучить вводную	
Сказать и провести оценку состояния подкожно-жировой клетчатки		
Толщина подкожно-жирового слоя	Озвучить вводную	
Распределение подкожно-жирового слоя	Озвучить вводную	
Тургор мягких тканей	Озвучить вводную	
Сказать и провести осмотр и пальпацию головы и озвучить результат		
Форма головы	Озвучить вводную	
Оценить состояние швов и озвучить результат	Озвучить вводную	
оценить состояние большого родничка (размеры, края) и озвучить результат	Озвучить вводную	
Сказать и провести осмотр грудной клетки		
оценить форму грудной клетки	Озвучить вводную	
оценить наличие деформаций	Озвучить вводную	
Сказать и провести аускультацию легких		
Сказать и провести оценку частоты дыхательных движений в минуту	Озвучить вводную	
Сказать и провести аускультацию сердца	Озвучить вводную	

Сказать и провести оценку частоты сердечных сокращений в минуту	Озвучить вводную	
Сказать и провести пальпацию живота	Озвучить вводную	
Сказать и осмотреть наружные половые органы	Озвучить вводную	
Сказать и проверить наличие яичек в мошонке у мальчиков	Озвучить вводную	
Спросить у матери о характере мочеиспускания	Озвучить вводную	
Спросить у матери о характере стула	Озвучить вводную	
Оценить рефлексы врожденного автоматизма (ситуации №1, 2, 3) и озвучить, какой рефлекс он проверяет:		
Положение ребенка на спине		
поисковый рефлекс	Озвучить вводную	
хоботковый рефлекс	Озвучить вводную	
ладонно-ротовой рефлекс	Озвучить вводную	
верхний хватательный рефлекс	Озвучить вводную	
рефлекс Моро	Озвучить вводную	
Положение ребенка вертикально		
рефлекс опоры	Озвучить вводную	
рефлекс автоматической ходьбы	Озвучить вводную	
Положение ребенка на животе		
защитный рефлекс	Озвучить вводную	
рефлекс ползания	Озвучить вводную	
Сказать и провести осмотр полости рта и зева	Озвучить вводную	
Заключительный этап		
Обработать руки гигиеническим способом по окончании осмотра		
Сказать и выполнить обработку:		
олив стетофонендоскопа	Озвучить вводную	
мембраны фонендоскопа	Озвучить вводную	
Оценить физическое развитие ребенка по центильным графикам		
Сделать заключение о состоянии здоровья ребенка и возможности проведения вакцинации		

3. Станция "Физикальное обследование ребёнка" (определение состояния дыхательной системы)

Информация для студентов (ситуации)

Ситуация 1 Вы врач-педиатр участковый поликлиники. Вас вызвали на дом к ребенку. При осмотре: у ребенка сухой, приступообразный кашель, который начался после прогулки в парке и сохраняется до момента обращения. Дыхание затруднено. Необходимо, получив у законных представителей согласие на осмотр, провести физикальное обследование ребенка, и дать оценку симптомам, характеризующих состояние дыхательной системы. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

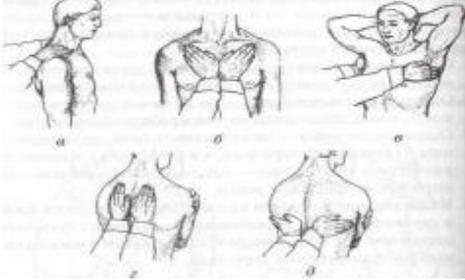
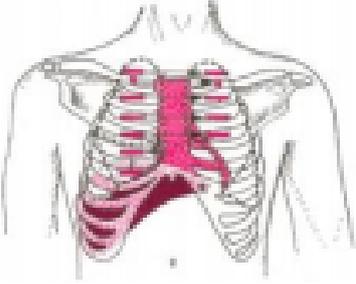
Ситуация 2 Вы врач-педиатр участковый поликлиники. Вас вызвали на дом к ребенку. При осмотре: ребенок беспокоен, температура 38,50С. В течение трех последовательных дней дыхание учащенное, безболезненное. Необходимо, получив у законных представителей согласие на осмотр, провести физикальное обследование ребенка, и дать оценку симптомам, характеризующих состояние дыхательной системы. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Ситуация 3 Вы врач-педиатр участковый поликлиники. Вас вызвали на дом к ребенку. При осмотре: ребенок беспокоен, температура 37,80С, кашель. Дыхание шумное, свистящее, на расстоянии слышны хрипы. Необходимо, получив у законных представителей согласие на осмотр, провести физикальное обследование ребенка, и дать оценку симптомам, характеризующих состояние дыхательной системы. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

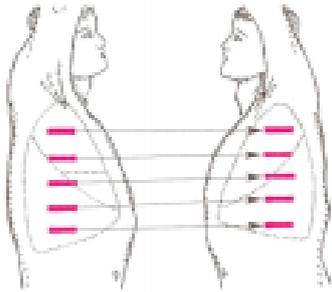
Ситуация 4 Вы врач-педиатр участковый поликлиники. Вас вызвали на дом к ребенку. При осмотре: у ребенка температура 37,50С, частый, малопродуктивный кашель. Необходимо, получив у законных представителей согласие на осмотр, провести физикальное обследование ребенка, и дать оценку симптомам, характеризующих состояние дыхательной системы. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Чек – лист Физикальное обследование дыхательной системы

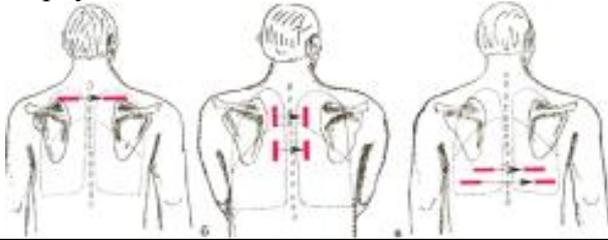
Действие	Выполнение	Отметка о выполнении
Поздороваться с пациентом (и/или его представителем)		
Представиться, обозначить свою роль		
Осведомиться о самочувствии пациента		
Взять медицинскую документацию		
Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией		
: фамилию		
: имя		
отчество		
: возраст		
Сообщить о необходимости провести обследование		
Объяснить смысл предстоящей процедуры		
Спросить, согласен ли он на проведение этого		
Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции		
Предложить пациенту занять положение. Для		

<p>взрослого/ребенка старшего возраста - сидя на стуле или стоя перед врачом. Для ребенка раннего возраста – допускается положение на руках у родителя (например, сидя на коленях), держать ребенка так, чтобы плечи и углы лопаток находились на одинаковом уровне с обеих сторон</p>		
<p>Сказать, что хотите оценить цвет кожных покровов</p>		
<p>Сказать, что хотите оценить состояние пальцев рук пациента</p>		
<p>Сказать, что хотите Оценить носовое дыхания (поочередно зажав крылья носа справа и слева)</p>		
<p>Осмотреть грудную клетку (оценить форму, наличие деформаций, симметричность участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания, втяжение уступчивых мест грудной клетки, тип дыхания, ЧДД, ритм дыхания)</p>		
<p>Оценить эластичность грудной клетки при сдавлении в переднезаднем (ладонь одной руки исследователя устанавливается на грудину, вторая – на грудной отдел позвоночника параллельно друг другу) и боковом направлении (руки исследователя располагаются в боковых отделах)</p>		
		
<p>Оценить болезненность грудной клетки при пальпации</p>		
<p>Проверить голосовое дрожание (исследователь располагает ладони рук на симметричные участки грудной клетки: область верхушек легких, по передней, боковым, задней поверхности</p>		
 <p>грудной клетки)</p>		
<p>Перкуссия легких спереди в последовательности по схеме:</p>		
		

Перкуссия легких в боковых отделах в последовательности по схеме:

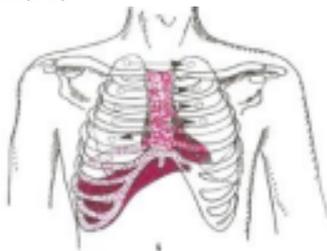


Перкуссия легких сзади в последовательности по схеме

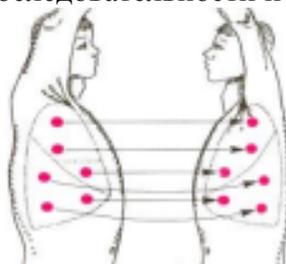


Провести топографическую перкуссию легких (высота стояния верхушек легких спереди и сзади, нижние границы легких, подвижность нижнего легочного края)
При попытке провести топографическую перкуссию легких (для выявления грубой патологии на амбулаторном приеме в условиях дефицита времени достаточно проведения сравнительной перкуссии)

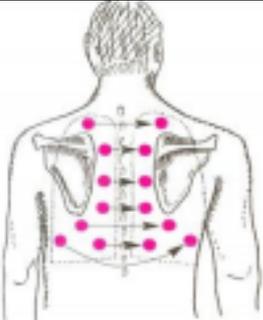
Аускультация легких спереди в последовательности по схеме



Аускультация легких в боковых отделах в последовательности по схеме:



Аускультация легких сзади в последовательности по схеме:

		
Повторно уточнить самочувствие пациента после обследования.		
Обработать руки гигиеническим способом после обследования пациента		
Занести полученные данные обследования в протокол		

4. Станция "Неотложная медицинская помощь"

Ситуация No1

Вы – врач - педиатр участковый детской поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра, где находится ребенок, страдающий бронхиальной астмой с сухим приступообразным кашлем, который начался во время прогулки в парке и сохраняется в настоящее время. При осмотре: температура – 36,8°C, выражен цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений – 30 в минуту, экспираторная одышка, при аускультации – выдох удлиннен, над симметричными участками грудной клетки выслушивается жесткое дыхание и большое количество свистящих хрипов. При пикфлоуметрии ПСВ (пиковая скорость выдоха) – 60%.
Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом.

Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать

Ситуация No2

Вы – врач педиатр участковый детской поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра к ребенку, у которого навязчивый кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты и затруднено носовое дыхание. При осмотре: температура – 37,6°C, небольшой цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений – 34 в минуту, экспираторная одышка, при аускультации – выдох удлиннен, на фоне жесткого дыхания выслушиваются свистящие сухие и необильные среднепузырчатые влажные хрипы. Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Ситуация No3

Вы – врач - педиатр детской участковый поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра к ребенку с частым, приступообразным, «лающим» кашлем. При осмотре: ребенок беспокоен, бледен, голос осипший, частота дыхательных движений – 30 в минуту, дыхание шумное, инспираторная одышка, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Чек-лист Подсчет частоты дыхательных движений

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
Представиться	Озвучить вводную	
Получить его согласие.	Сказать	
Приготовьте часы с секундомером или секундомер.	Выполнить	
Вымойте руки, наденьте перчатки.	Выполнить	
Основной этап	Выполнить	
1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.	Выполнить	
2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.	Выполнить	
3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.	Выполнить	
4. Если вам не удастся увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.	Выполнить	
5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).	Выполнить	
Завершение:		
1. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.	Выполнить	
2. Снимите перчатки, вымойте руки.	Выполнить	
3. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.	Выполнить	

Чек – лист Методика проведения ингаляции с использованием компрессорного небулайзера

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
Представиться	Озвучить вводную	
Спросить у пациента (и/или его представителя)	Озвучить вводную	
фамилию пациента	Озвучить вводную	
имя пациента	Озвучить вводную	
отчество пациента	Озвучить вводную	
Информировать ребенка и/или его законных представителей о предстоящих манипуляциях (при необходимости наглядно продемонстрировать процедуру выполнения манипуляции)	Озвучить вводную	

Получить согласие ребенка и/или его законных представителей на проведение ингаляции	Озвучить вводную	
Подготовка к процедуре	Озвучить вводную	
Обработать руки гигиеническим способом	Озвучить вводную	
Надеть перчатки	Выполняет	
Выделить ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи	Проговаривает	
Выбрать лекарственные препараты для оказания неотложной медицинской помощи в зависимости от клинической ситуации, озвучить результат	Выполняет	
Сальбутамол (в небулах) 2.5 мг/2.5мл (ингаляционно)	Проговаривает	
Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат	Выполняет	
Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат	Выполняет	
Комбинация фенотерола и ипратропия бромид (раствор для ингаляций) 20 мл - 0.5-1.0 мл (10, 15, 20 кап)	Проговаривает	
Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат	Выполняет	
Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат	Выполняет	
Будесонид суспензия 0,5 мг/мл - 4 мл (ингаляционно)	Проговаривает	
Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат	Выполняет	
Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат	Выполняет	
Натрия хлорид, р-р для инфузий 0.9% 1–3 мл (ингаляционно)	Проговаривает	
Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат	Выполняет	
Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат	Выполняет	
Проверить герметичность упаковки одноразового, шприца озвучить результат	Выполняет	
Проверить срок годности одноразового шприца, озвучить результат	Выполняет	
Набрать препарат в шприц в расчетной дозе	Выполняет	
Подготовка небулайзера к работе		
Обработать составные части небулайзера раствором антисептика	Выполняет	
Установить компрессор на ровной, твердой поверхности, подключить устройство к	Выполняет	

электрической розетке		
Отсоединить от небулайзерной камеры мундштук	Выполняет	
Снять крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств	Выполняет	
Снять отбойник с резервуара для лекарственных средств	Выполняет	
Залить необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств	Выполняет	
Положить использованный шприц в ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов	Выполняет	
Вставить отбойник в резервуар для лекарственных средств	Выполняет	
Надеть крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств	Выполняет	
Подсоединить к небулайзерной камере в зависимости от возраста пациента		
мундштук	Выполняет	
лицевую маску	Выполняет	
Подсоединить воздухопроводную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении	Выполняет	
Использовать специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры	Выполняет	
Проведение ингаляции лекарственного препарата через небулайзер		
Удерживать небулайзерную камеру вертикально	Выполняет	
Попросить пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук/надеть лицевую маску на ребенка (лицевая маска должна прикрывать рот и нос и плотно прилегать к лицу)	Выполняет Проговаривает	
Включить устройство	Проговаривает	
Контролировать правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции, озвучить свои действия	Проговаривает	
Завершить ингаляцию при полном испарении раствора, озвучить свои действия	Озвучить вводную	
Попросить пациента отдать мундштук/снять лицевую маску с ребенка	Выполняет Проговаривает	
Завершение процедуры ингаляции		
Выключить устройство, отключить от электрической розетки	Выполняет	
Отсоединить лицевую маску/мундштук от компрессора, озвучить свои действия	Выполняет	
Отсоединить небулайзерную камеру от компрессора	Выполняет	
Поместить мундштук/лицевую маску, небулайзерную камеру в лоток для последующей обработки	Выполняет	
Снять перчатки, озвучить свои действия	Выполняет	

Уточнить у пациента о его самочувствии	Озвучить вводную	
Дать рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица	Проговаривает	

5. Станция "Экстренная медицинская помощь"

Сценарий для симулятора пациента

Сценарий для симулятора пациента	ОКС, КГШ	ОКС, ОЛ	Расслоение аневризмы аорты	Нарушение ритма и проводимости работы сердца
Сатурация	91%	88%	91%	88%
ЧДД	24	30	24	30
Аускультация легких	Ослабленное везикулярное дыхание с 2-х сторон	влажные крупнопузырч. хрипы над всей поверхностью легких	Ослабленное везикулярное дыхание с 2-х сторон	Ослабленное везикулярное дыхание с 2-х сторон
ЧСС, лучевые, сонные артерии	110	110	110	110
АД	80/40	110/80	80/40	80/40
Сердечные тоны	Частые приглушенны	Частые приглушенны	Частые приглушенны	Частые, акцент 2го тона на легочн. артерии
ЭКГ	Синусовая тахикардия (110), подъем сегмента ST в I AVL, V1-V5 отведениях	Синусовая тахикардия (110), депрессия сегмента ST в III IV V4 V5 V6 отведения	Синусовая тахикардия (110)	Фибрилляция предсердий, А В-блокада 3ст.
Капиллярное наполнение	4 сек	2 сек	4сек	4сек
Живот	Без особенностей	Без особенностей	Стон на осмотр слева	Без особенностей
Пульсация на бедренных артериях	Частая 110, слабого наполнени	Частая 110	слева крайне слабого наполнения по отношению к	Частая 110, слабого наполнения

			правой	
Зрачки	норма	норма	норма	норма
Фотореакция зрачков	Прямая содружественная реакция суживания зрачков на свет			
Кожные покровы	Синюшная, холодная, влажная	Синюшная, влажная	нормального цвета, ноги-кожа бледная, холодная	синюшная, холодная, влажная

Текст для озвучивания, сотрудником управляющим симулятором пациента

Реакция на следующие действия участников	ОКС, КГШ	ОКС, ОЛ	Расслоение аневризмы аорты	Нарушение ритма и проводимости работы сердца.
1*При попытке оценить сознание, дать вводную	Открывает глаза, есть экскурсия грудной клетки			
2*Отвечать на любые вопросы	стонет	стонет	стонет	стонет
3*При попытке осмотреть ротоглотку дать вводную:	Дыхательные пути визуально проходимы			
4*После присоединения пульсоксиметра дать вводную:	Сатурация 91% Пульс на приборе 110	Сатурация 88% Пульс на приборе 110	Сатурация 91% Пульс на приборе 110	Сатурация 91% Пульс на приборе 110
5*После попытки измерения ЧДД, дать вводную через 10 сек от запроса -	4 движения за 10 сек	5 движений за 10 сек	5 движений за 10 сек	5 движений за 10 сек
6*При попытке перкуссии гр.клетки дать вводную:	Слева и справа ясный легочный звук, небольшое притупление в нижне- базальных отделах	Слева и справа ясный легочный звук, небольшое притупление в нижне- базальных отделах	Слева и справа ясный легочный звук, небольшое притупление в нижне- базальных отделах	Слева и справа ясный легочный звук, небольшое притупление в нижне- базальных отделах
7 При попытке аускультации гр.клетки,	Везикулярное дыхание с 2 сторон	Влажные крупнопузырчатые над всей	Везикулярное дыхание с 2 сторон	Везикулярное дыхание с 2 сторон

дать вводную:		поверхностью легких		
8*При попытке оценить положение трахеи и вены шеи дать вводную	Трахея в норме, вены шеи набухшие	Трахея в норме, вены шеи набухшие	Трахея в норме, вены шеи набухшие	Трахея в норме, вены шеи набухшие
9При попытке оценить пульс на периферических или центральных артериях с одной стороны дать вводную через 10 сек от запроса:	18 ударов в 10 сек, слабого наполнения	18 ударов в 10 сек, слабого наполнения	18 ударов в 10 сек, слабого наполнения	5 ударов в 10 сек, слабого наполнения
10 При попытке оценить пульс на периферических или центральных артериях с другой стороны	Пульс одинаковый с 2 сторон	Пульс одинаковый с 2 сторон	Слабого наполнения слева. Справа-пульс нормального наполнения	Пульс аритмичный с 2 сторон
11 *После присоединения манжеты и нагнетания груши тонометра дать вводную	80/40	110/80	80/40	120/80
12 При попытке аускультации сердца дать вводную	Тоны сердца частые, приглушенные	Тоны сердца частые, приглушенные	Тоны сердца частые, приглушенные	Тоны сердца аритмичные, редкие, приглушенные
13 После сжатия подушечки пальца	Симптом белого пятна исчезает через 4 секунды	Симптом белого пятна исчезает через 2 секунды	Симптом белого пятна исчезает через 4 секунды	Симптом белого пятна исчезает через 4 секунды

пациента и запроса о времени капиллярного наполнения дать вводную через 5-7 секунд				
14*При попытке оценить состояние кожных покровов, пропальпировать руки и/или лоб, и/или щеки, и/или лодыжек пациента	кожа во всех местах синюшная, холодная, влажная	кожа во всех местах синюшная, влажная	кожа во всех местах нормального цвета, ног-кожа бледная, холодная	кожа холодная, влажная
15 При попытке оценить размер, симметрию и реакцию зрачков на свет дать вводную	зрачки нормальные, содружественная реакция суживания на свет	зрачки нормальные, содружественная реакция суживания на свет	зрачки нормальные, содружественная реакция суживания на свет	зрачки нормальные, содружественная реакция суживания на свет
16. *При попытке воспользоваться глюкометром дать вводную	9 ммоль/л	5 ммоль/л	4 ммоль/л	4 ммоль/л
17 *При попытке согнуть и разогнуть ногу(и), руку(и) дать вводную	мышечный тонус нормальный	мышечный тонус нормальный	мышечный тонус нормальный	мышечный тонус нормальный
18*При осмотре спины дать вводную	Спина без особенностей	Спина без особенностей	Спина без особенностей	Спина без особенностей
19*При осмотре	На пальце каловые массы	На пальце каловые массы	На пальце каловые массы	На пальце каловые массы

пальца после ректального исследования дать вводную	без особенностей	без особенностей	без особенностей	без особенностей
20*При осмотре подколенной области и голени дать вводную	обнаружена сеть варикозно расширенных вен	обнаружена сеть варикозно расширенных вен	варикозно расширенных вен не обнаружено	обнаружена сеть варикозно расширенных вен
21 При пальпации голени и тыла стоп пациента дать вводную	Отеков не обнаружено	Имеются отеки на нижних конечностях	Отеков не обнаружено	Имеются отеки на нижних конечностях
22*При пальпации живота дать вводную	Живот без особенностей	Живот без особенностей	Острые режущие Боли при пальпации живота слева. пальпируется объемное пульсирующее образование	Живот без особенностей
23*При пальпации пульса на бедренных артериях	Частый, слабого наполнения	Частый	слева крайне слабого наполнения по отношению к правой бедренной артерии	Частый, слабого наполнения

**Предполагаемый объем специальных лечебных вмешательств
в предложенных условиях**

Ситуация	Специальное лечение
1. Острый коронарный синдром, КГШ	1. Раствор морфина 5-10 мг в/в медленно - разведенный до 20 мл 0,9% NaCl 2. Ацетилсалициловая кислота 300 мг 3. Клопидогрель 300(600) мг перорально, попросив запить водой 4. Гепарин 4-5 т.ед в/в болюсно- разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения) Допустимо: 1. в/в капельное введение р-ра норэпинефрина (8 мг разведенного на 500 мл 0,9% раствора NaCl) 2. Инфузия 0.9% раствора NaCl 0,5 литра капельно
2. Острый коронарный синдром, ОЛ	1. Раствор морфина 5-10 мг в/в медленно - разведенный до 20 мл 0,9% NaCl , 2. Ацетилсалициловая кислота 300 мг 3. Клопидогрель 300(600) мг перорально, попросив запить водой 4. Изосорбид динитрат 1 спрей-доза сублингвально 5. фуросемид 40-100 мг в/в медленно-разведенный до 20 мл 0,9% NaCl 6. Гепарин 4-5 т.ед в/в болюсно- разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения) 7. Наложить спиртовую салфетку на лицевую маску/фильтр 8. Придать возвышенное положение головного конца кровати
3. Расслоение аневризмы аорты	Инфузия 0.9% раствора NaCl 0,5 литра (или более) струйно Допустимо: в/в капельное введение р-ра норэпинефрина (8 мг разведенного на 500 мл 0,9% раствора NaCl)
4. Нарушение ритма и проводимости работы сердца.	1. Раствор амиодарона в/в 150-300 мг. (скорость введения 5 мг/кг/мин.). 2. Запросить консультацию кардиолога.

Чек-лист: Осмотр при состояниях, требующих оказание экстренной помощи

Действие	Критерии оценки	Отметка о выполнении
Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотреться, жест безопасности)	Осмотреться	
Обработать руки гигиеническим способом	Выполнить	
Оценить сознание		
А - Правильно обеспечить проходимость дыхательных путей	Выполнить	
Оценить дыхание, пульс на сонной артерии	Выполнить	
Обеспечить наличие укладки (в т.ч. призвать помощников)	Выполнить	
Надеть перчатки	Выполнить	
Правильно осмотреть рот и выполнить аспирацию содержимого	Выполнить	
Правильно провести пульсоксиметрию, обеспечить кислородотерапию (по показаниям) SpO ₂ менее 94%	Выполнить	
В - Правильно оценить функции легких (аускультация, ЧДД)	Выполнить	
С - Правильно оценить деятельность сердечно-сосудистой системы (пульс на сонной артерии, АД, аускультация сердца, симптом белого пятна)	Выполнить	
Обеспечить правильное положение пациента (в соответствии с его состоянием)	Выполнить	
При необходимости применял другие методы коррекции состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем	Выполнить	
D - Правильно оценить неврологический статус (реакция зрачков, оценка тонуса мышц), правильно провести глюкометрию и провести её интерпретацию)	Выполнить	
E - Правильно оценить показатели общего состояния (состояние кожных покровов, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, поверхностная пальпация живота)	Выполнить	
Правильно вызвать помощь специалистов (СМП)	Выполнить	
Аповт- Проводилось повторное обследование проходимости дыхательных путей	Выполнить	
Вповт- Проводилось повторное обследование функции легких	Выполнить	
Сповт- Проводилось повторное обследование сердечно-сосудистой системы	Выполнить	
Dповт- Проводилось повторное обследование неврологического статуса	Выполнить	
Eповт- Проводилось повторное обследование показателей общего состояния	Выполнить	

6. Станция «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача-педиатра»

Правила экзамена: основная задача – расспрос пациента, роль которого выполняет специально подготовленный сотрудник. Физикальное обследование не входит в задание. Задание прерывается через 8,5 минут от начала.

Необходимо действовать полностью самостоятельно, как Вы бы это делали в реальной жизни.

Задание перед входом на станцию:

Вы врач-педиатр территориальной поликлиники. В кабинете Вас ожидает пациент(ка), который(ая) обратился(лась) в плановом порядке на первичный приём с жалобами на слабость.

Необходимо провести только опрос пациента(ки), завершить который необходимо в тот момент, когда Вы готовы перейти к физикальному осмотру, сообщив об этом пациенту(ке).

Результаты проведенного опроса необходимо письменно оформить в предложенной на столе форме.

Медицинская документация

Фрагмент амбулаторной медицинской карты пациента

II этап экзамена. Специальность - Педиатрия

Дата _____ Номер кандидата

Номер

ситуации _____

ФИО пациента возраст

Внесите информацию, которую Вы планируете записать в амбулаторную медицинскую карту пациента

--

<p>Уточняющие вопросы 21. Анамнез жизни</p>	<p>Задаёт вопрос о перенесённых заболеваниях, госпитализациях, травмах, операциях.</p>																
<p>22. Социальный анамнез</p>	<p>Задаёт вопрос о бытовых условиях.</p>																
<p>23. Семейный анамнез</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии заболеваний у ближайших родственников, в том числе генетических</p>																
<p>24. Фармакологический анамнез</p>	<p>Задаёт вопрос о постоянном приеме медикаментов, реакциях и осложнениях на их применение</p>																
<p>25. Аллергологический анамнез</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии аллергии</p>																
<p>26. Общепатологические симптомы</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии боли, температуры, сыпи, отеках, увеличении или потере веса</p>																
<p>27. Сердечно-сосудистая система</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний сердечно-сосудистой системы – боль в груди, сердцебиение, одышка, периферические отеки</p>																
<p>28. Дыхательная система</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний дыхательной системы- нарушение дыхания, кашель, мокрота</p>																
<p>29. Пищеварительная система</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний пищеварительной системы –аппетит, тошнота, рвота, диспепсия, дисфагия, боли в животе, характер стула.</p>																
<p>30. Мочевыделительная система</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний мочевыделительной системы – частота мочеиспускания, объем и цвет мочи, боли.</p>																
<p>31. Центральная и периферическая нервная система</p>	<p>Задаёт вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний нервной системы –головная боль, головокружения, потери сознания, зрение, нарушения чувствительности</p>																

