федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

по специальности

**31.05.02 педиатриЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности

**31.05.02 педиатриЯ**

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» октября 2015г

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации

ОПК-8 готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

ОПК-9 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

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

ПК-6 способностью 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-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

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

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации

*Знать правила заполнения медицинской документации в стационаре*

*Тестирование:*

1. Основными формами медицинской документации в стационаре

являются:

1 *Медицинская карта стационарного больного*

2 История развития ребенка

3 Индивидуальная карта беременной и родильницы

4 Журнал записи родов и родовспоможений на дому

1. Для регистрации больных, поступающих в стационар, ведется:

1 *Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ф 001*/у

2 Медицинская карта стационарного больного ф 003/у

3 Листок движения больных и коечного фонда ф 007/у

4 Статистическая карта выбывшего из стационара ф 066/у

1. Основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого выбывшего из стационара больного:

1 медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)

2 журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма № 001/у)

3 *статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 006/у)*

4 лист нетрудоспособности

4. Основным учетным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

1. *листок нетрудоспособности*

2 медицинская карта

3 карта выбывшего из стационара

4 амбулаторная карта

5. При поступлении в стационар пациент заполняет:

1 лист нетрудоспособности

2 экстренное извещение об инфекционном заболевании

*3 Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств*

4 Направление на гопитализацию

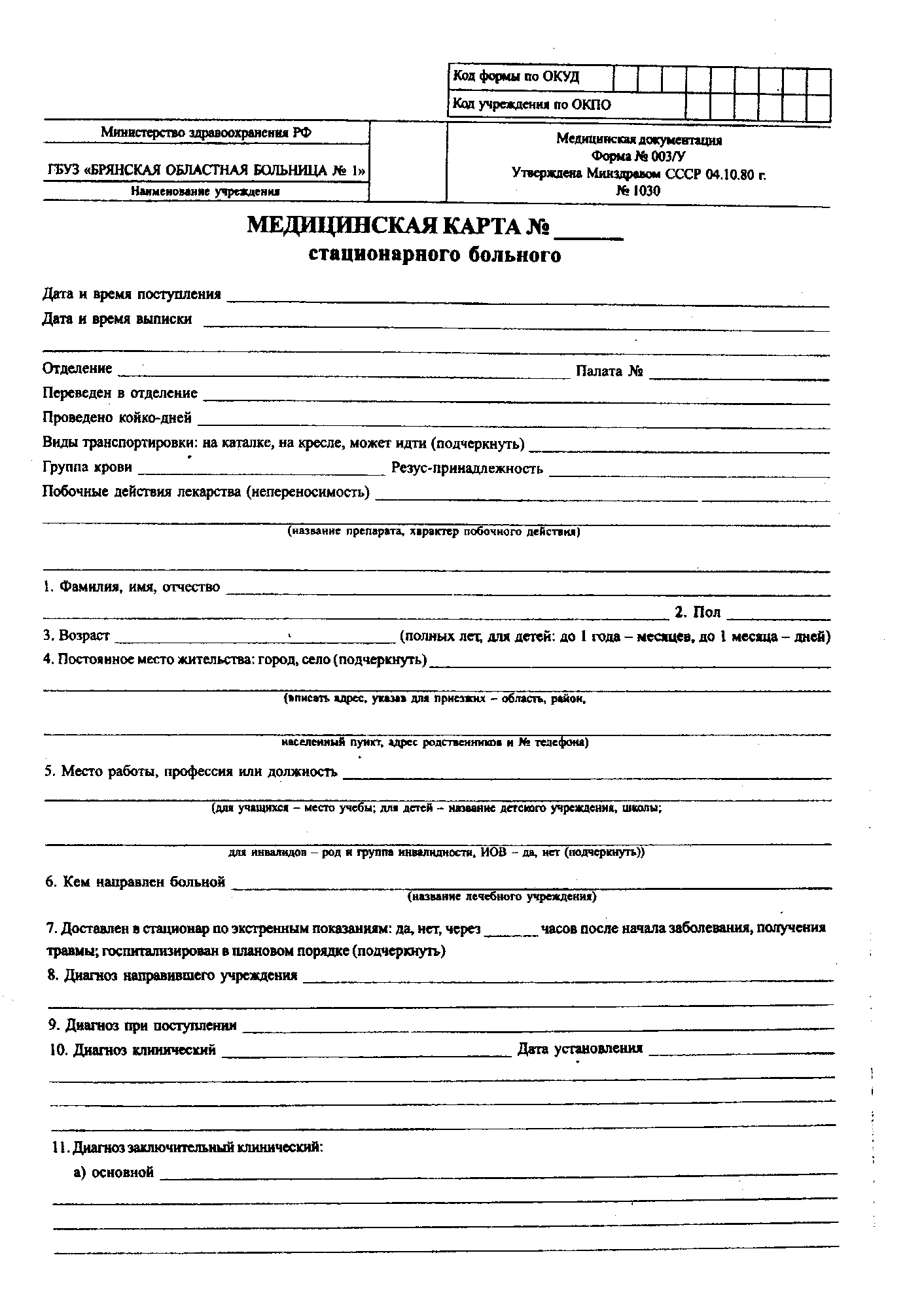
*Уметь грамотно написать учебную историю болезни; оформить обоснование диагноза, дневник курации, эпикриз этапный и выписной на пациентов с различными нозологическими диагнозами:*

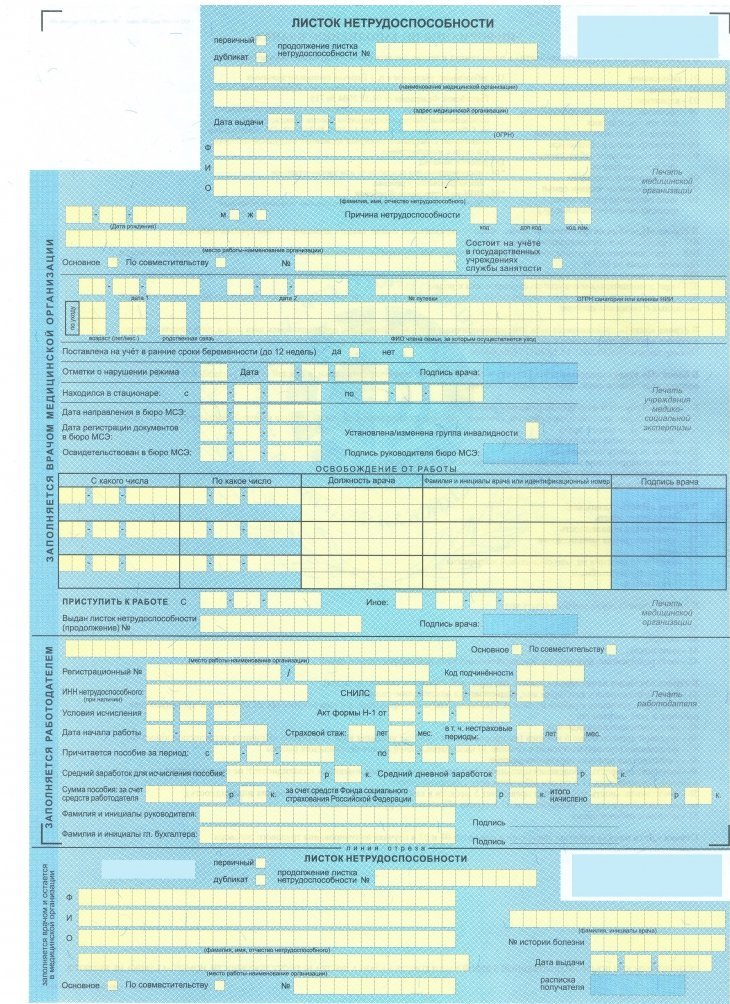
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России  Кафедра факультетской педиатрии  Зав. кафедрой: д.м.н.,профессор  Заслуженный деятель науки РФ,  Заслуженный Врач РФ, Вялкова А.А.  Преподаватель: к.м.н., доцент Гордиенко Л.М.  УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ  (Для студентов 4-5 курсов педиатрического факультета)  **Больной: (Ф.И.О., возраст)**  **Клинический диагноз:**  **Основной:**  **Сопутствующий:**  **Осложнения:**  Куратор:  Группа:  Дата курации:  Оценка:  Подпись преподавателя:  Оренбург 2019 год  СХЕМА  НАПИСАНИЯ РЕЦЕНЗИИ НА ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ   1. Рецензия на историю болезни Кастмого Рената, 6 лет. Основной диагноз: ОРЛ, 1 атака, активная фаза.Степень активности: Хорея Сопутствующий диагноз: хронический тонзиллит, декомпенсация   Куратор - студентка 47 группы Глухова  Рецензент доц. Л.М.Гордиенко  II Рецензия должна отразить достоинства и недостатки каждого раздела истории болезни. Особое внимание следует уделить анализу обоснования диагноза, плану обследования и лечения.  Изложить свое мнение по реферативной части истории болезни.  МЕДИЦИНСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  История болезни начинается с анамнеза больного. Хорошо собранный анамнез имеет большое значение для диагноза. Он состоит из двух частей - анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Анамнез следует собирать тщательно, подробно выясняя все обстоятельства жизни больного ребенка. Куратор должен знать, что разговор о болезни ребенка старше 2-3 лет нужно вести так, чтобы больной не мог вникнуть в содержание беседы. Собирая анамнез, куратор должен тщательно продумать содержание и формулировку каждого вопроса, задаваемого ребенку и его родителям, ибо не верно поставленный вопрос может быть источником ятрогении.  Надо тщательно избегать даже малейшего давления на ответы ребенка и его родителей, вести себя сдержанно и тактично, но не сухо, формально, не высокомерно, и тем более не фамильярно. Беседы куратора с подростком нуждаются в особой осторожности и тактичности, когда речь идет о вопросах, связанных со спецификой пола.  Во время собирания анамнеза, куратор должен расположить к себе ребенка (подростка и его родителей)  В истории болезни анамнез, не должен быть многословным, но следует указывать точно в хронологическом порядке те события жизни ребенка, которые могли способствовать возникновению заболевания. В анамнезе должна быть указана обстановка, в которой живет ребенок, характер его питания. Возникновения болезни и динамика ее описывается во всех деталях.  Важной является объективная оценка полученных анамнестических сведений, данных о вскармливании ребенка. Его психомоторном и физическом развитии. Правильное заключение об этом важно, для студентов педиатрического факультета всех курсов, но особо важно для изучения факультетской педиатрии.  В первый же день курации следует сделать запись результатов объективного обследования больного запись осуществляется в последовательности, соответствующей схеме истории болезни. В предварительном заключении кратко излагается мотивация предполагаемого заболевании, назначается лечение и план обследования.  При объективном обследовании ребенка, руки куратора должны быть чистыми и теплыми, их прикосновение к телу больного осторожными. Следует позаботиться о том, что бы во время обследования ребенка (особенно новорожденного и грудного) не охладить его (надо закрывать форточку, долго не оставлять ребенка обнаженным). При негативной реакции ребенка нельзя прибегать к насилию, благоразумно дождаться пока ребенок успокоится, а затем приступить к обследованию. Неприятные манипуляции (осмотр зева, пальпация живота и т.п.) проводятся в конце обследования. Важно чтоб осмотр принес удовлетворение ребенку.  Ежедневно куратор ведет дневник наблюдения, отражая в нем состояния больного и его самочувствие, а так же данные лабораторных инструментальных исследований в динамике. Назначенные больному режим, питание, медикаменты выписываются на полях. На графике (температурном листе) изображаются симптомы болезни (условно) и проводимое леченье. На 3-4 день наблюдения за больным должно быть написано заключение и сформулирован основной клинический диагноз. Основная цель заключении - научить студента логически обосновать диагноз, вырабатывать правильное клиническое мышление. В заключении излагаются сведения из анамнеза, объективного обследования и дополнительных исследований. Изложение этих сведений должно проводиться в строго последовательности, с обязательной оценкой их диагностической значимости. В конце заключения выставляется клинический диагноз, должны быть также указаны заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз.  Студент наблюдает больного в течении всего периода курации, делая ежедневные записи в истории болезни, принимая участия в обследовании больного, обосновывает назначенные режим, диету, медикаментозную и другую терапию. Результаты лабораторных анализов, рентгенографии и других исследование должны заноситься в раздел лабораторных и инструментальных данных.  Закончив курацию, студент должен написать обоснование диагноза, дифференциальный диагноз. Окончательный диагноз, с уточнением основного, сопутствующего заболевания и осложнений, обосновывается с учетом предполагаемого диагноза, данных лабораторных и инструментальных исследований. При этом следует указать, какие основные симптомы типичны для заболеваний, указанных в окончательном диагнозе. Дифференциальный диагноз проводится с теми заболеваниями, которые имеют аналогичные симптомы. Данные объективного обследования ребенка и результаты дополнительного лабораторного и инструментального исследования должны занять важное место в проведении дифференциального диагноза.  Обоснования лечения излагается применительно к данному больному.  В заключении истории болезни пишется эпикриз. В эпикризе все данные излагаются в следующем порядке:   1. Ф.И.О. и возраст больного, сведения из анамнеза болезни и объективное обследование при поступлении; 2. Обоснование диагноза с учетом основных проявлений, дифференциального диагноза и лабораторных данных; 3. Проведенное лечение и его эффективность. Непременно должны быть раскрыты динамика и особенности течения заболевания у ребенка. В конце эпикриза обосновываются рекомендации и план дальнейшего наблюдения за больным.   I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ  Ф.И. ребенка Возраст  Дата и год рождения  Адрес постоянного места жительства  ТелефонНациональность  Дата и время поступления в клинику  Направившее учреждение  Диагноз направляющего врача  Диагноз клинический:  А)основной  Б) сопутствующий  В) осложнения  II. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ  Жалобы при поступлении  СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТ ИИ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИ  (С какого времени читается больным, как развивалась болезнь, какое проводилось лечение и т.д. (подробно до момента курации)  АНАМНЕЗ ЖИЗНИ  1. БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ  I. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД  От какой беременности родился ребенок  Каких родов  Течение настоящей беременности (*токсикоз, его тяжесть, инфекционные заболевания, прием лекарств, угроза выкидыша, меры его профилактики, как проводилась антенатальная профилактика рахита)*  II. ИНТРАНАТАЛЬНЫИ ПЕРИОД  Течение родов: длительность I периода II периода III периода  Акушерские вмешательства  Характер околоплодных вод  Оценить новорожденного по системе Апгар и д.р.  III. ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД  АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗ  Число предыдущих беременностей , выкидышей  Медабортов , течение предыдущих беременностей  Число родов , течение предыдущих родов  Умерло детей (в каком возрасте и от каких заболеваний)  Заключение о развитии ребенка в антенатальный период  IV. ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ  Доношен Недоношен масса при рождении  Длинна при рождении см. Закричал сразу  После рождения степень асфиксии  (меры оживления и т.д.)  Желтушность (показания билирубина, лечебные мероприятия и т.д.)  Родовая травма на на какой день выписан домой  массой г. Остаток пуповины отпал на  день, пупочная ранка зажила  Был приложен к груди через часов  Перенесенные заболевания в период новорожденности:  Заключение о развитии ребенка в период новорожденносоти:  V. ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА  В настоящее время на вскармливании.  Прикорм введен с месяцев в виде  по мл  Кормление регулярное, Ночной перерыв  соблюдается количество был отнят  от груди с месяцев. Питание ребенка в настоящее  время (для детей первого года жизни указать примерное меню ребенка до заболевания) \_  Заключение по рациональному вскармливанию ребенка  VI. СВЕДЕНИЯ О ДИНАМИКЕ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА  Когда начал фиксировать взгляд на предмете  держать головку , узновать мать ,  сидеть , стоять , развитие речи: гуление  первые слоги , первые слова \_, первые  предложения . Динамика наростания веса и  роста по месецам:  Вес г. Рост см. в настоящее время.  Заключение по НРП -  VII СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ.  Какие и когда сделаны прививки, как протекал поствакцинальный период и тд.  VIII. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  Когда и какие заболевания пренес, как протекали заболевания, осложнения, проводимое лечение, какие отмечались аллергические реакции, на какие продукты питания или лекарства  IX. ЖИЛИЩНО - БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ  Уход за ребенком, прогулки, жилая площадь, ее характеристика, экономическая обеспеченность, взаимоотношение в семье и так далее   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | X. СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА | | | | | | Ф.И.О. | Возраст | Образование | Профессия | Число детей в семье | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   Состояние здоровья отца:  Состояние здоровья матери  Состояние здоровья ближних родственников  Проф. вредности или вредные привычки *отца*  *Матери*  *генеалогическое дерево*  **Общие заключения**  *Дать заключения о характере физического развития, медико биологического анамнеза. Генетического анамнеза, медико-социального, аллергологического, экологического анамнеза.*  XI ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (на момент курации)  Общее состояние ребенка  Вес , рост , окружность головы, грудной клетки (см). Кожный покров (цвет,пигментация, высыпания и их характер, кровоизлияния, петехии, экхимозы, опрелости, себорея, пиодермия и др.)  Слизистые оболочки (цвет, кровоизлияния, налеты, высыпания и др.)  Подкожная клетчатка *(истончение, избыточное отложение жира, склерома, склеродема и др. на уровнях подключичной ямки, подлопаточной области, пупочной области, на плече и бедре)*  Отеки (их локализация, степень выроженностиусиливается к вечеру, утром и т.д.)  **Мышечная система** (развита слабо, удовлетворительно, хорошо, пороки развития мышц, атрофия, гипертрофия, гипертония, миотония, параличи, парезы и др.)  **Лимфатические узлы** (их число, пальпация: величина, консистенция, подвижность и тд.)  **Костная система** видимые деформации конечностей, позвоночника, укорочение конечностей, форма черепа; долихоцефалическая, мезокрания, бронхокраеия, микроцефалия, краниостеноз, размеры и т.п.  Размеры родничка податливость его краев  Податливость костей затылка  Четки браслеты  Суставы (форма суставов, болезненность, характер болезненности, припухлость, гиперемия и т.д.)  **Органы дыхания**: голос (афония, осиплый, охриплость и т.п.)  Форма грудной клетки (Рахетическая, асимметрическая, воронковидная, бочковидная и т.д.)  Дыхание (сопящее, хрипящее, свистящее, клокочущее, стонущее др.)  Пальпация грудной клетки  Аускультация легких (дыхание: везикулярное, жесткое, ослабленное, бронхиальное; хрипы, шум трения плевры)  Число дыхательных движений в мин. , характер  дыхания (учащение, ритмичное поверхностное, углубленное, хаотичное, Биота, Чейна-Стокса, Кусмауля и др) Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания  Участие крыльев носа  Одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная)  Степень дыхательной недостаточности  **Органы кровообращения**: Пульс ( частота, ритм, наполнение, напряжение, и др). АД.  Осмотр сердечной области (сердечный толчок виден на глаз да или нет, сердечный горб):  Ощупывание сердечной области (сердечный, верхушечный толчок, кошачье мурлыканье)  Граница сердца (абсолютная и относительная сердечная тупость)  Аускультация сердца (тоны громкие., ослаблены, приглушены; шум- систолический, дующий, систолодиастолический, грубый).  **Органы пищеварения и брюшной полости**: слизистые оболочки полости рта (цвет, высыпания, язык и др.)  Своды зева (бледные гиперемированны, налеты, пленки, инфильтрации)  Язык (налет, обложенность, цвет и тп)  Зубы (верхний, нижнии, ихчисло, кариозные зубы и др.)  Миндалины (форма, величина, цвет, наличие пленок и их характеристика)  Жидкость в брюшной полости (есть/нет, в каком количестве)  Печень (размеры при пальпации и перкуссии, болезненность, какой край выступает, характер поверхности, сосуды передней брюшной стенки и др.)  Пузырные симптомы (Кера, Мерфи,Г.Мюсси, Боасса).  Селезенка (пальпируется или нет, размеры, поверхности, болезненность и тд.)  Стул (характер, патологические примеси).  **Мочеполовая система** (частота, болезненность, задержка мочеиспускания, количество мочи за сутки, ее цвет запах, симптом Пастернацкого, развитие наружных половых органов). Отеки (характер, локализация)  **Эндокринная система** (осмотр кожи, пальпация щитовидной железы; стрии (розовые, бледные); развитие наружных половых органов, оценка стадии полового осзревания, (по Таннеру). Оценка полового развития основных вторичных половых признаков.  **Нервная система** (состояние психики, эмоции, вегетативные реакции, рефлексы). Менингиальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского и тд.)  **Органы чувств** (состояние зрения, слуха, обоняния и тд.)  **Графическое изображение течения болезни**  **(температурный лист)**  50 140 41 ----------------------------------------------------------------------------------------------  40 120 40 ----------------------------------------------------------------------------------------------  30 110 39 ----------------------------------------------------------------------------------------------  25 100 38 ----------------------------------------------------------------------------------------------  20 90 37 ----------------------------------------------------------------------------------------------  15 80 36 -----------------------------------------------------------------------------------------------  XI.1 Предварительное заключение  *Жалобы объективная оценка состояния, развития заболевания, ФР, какая система поражена, семиотика поражения (выделить ведущие симптомы)*  XII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЙ  *Назначить необходимые консультации и диагностические процедуры, а так же обоснование их необходимости и предполагаемый результат*  XIII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЕДОВАНИЙ  XIV. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ  (заболевания в группе по сходным и различным критериям)  XV. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ  *(окончательный диагноз)*  XVI. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ  1.Стол  2.Режим.  3.Базисная терапия (этиопатогенетическая)  4.сопроводительная терапия (симптоматическая)  XVII. ЛИТЕРАТУРНЫЕ СВЕДЕНИЯ ПО НАСТОЯЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ  *(этиология, патогенез, факторы риска, клиника, классификация, лечение , профилактика и прогнозы в применении к данному больному)*  XVII. ДНЕВНИК  День госпитализации  Возраст   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Дата | Данные обследования больного | назначения | | ТС° |  |  | | Р | | Д | | АД | | Детям до 1 года Фактическая масса (±) Съедено –  Выпито - |   XVIII. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ  План «Д» у чета  План реабилитации  Замечания преподавателя  оценка, подпись, дата  Подпись куратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Владеть: грамотно заполнять как учебную, так и стандартную документацию (№003/у-80)*

*проверка практических навыков:*

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н  Форма  **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,**  **включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,**  **на которые граждане дают информированное добровольное согласие**  **при выборе врача и медицинской организации для получения**  **первичной медико-санитарной помощи**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина) “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” г. рождения,  зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полное наименование медицинской организации) Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724;2012, № 26, ст. 3442, 3446).  Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-(Ф.И.О. медицинского работника) “\_\_\_\_\_\_ ” г. (дата оформления) |





ОПК-8 готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

*Знать основные группы лекарственных препаратов, используемых в педиатрии*

*Тестирование:*

1. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) спазмолитиков

Б) антибиотиков

В) анальгетиков

Г) мочегонных препаратов

1. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

А) кортикостероидов

Б) рационального питания с коррекцией обменных нарушений

В) щадящего режима физических нагрузок

Г) стабилизаторов клеточных мембран

3. К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

А) Гепарин

Б) Дипиридамол

В) Пентоксифиллин

Г) Фениндион

1. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

А) Преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течение 4-6-8 недель

Б) Преднизолон 2 мг/м2 /сутки в три приема в течение 4 недель

В) Преднизолон 60 мг/м2 /сутки в три приема в течение 2 недель

Г) Преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2 недель

1. ОПТИМАЛЬНАЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А) Висмута трикалия дицитрата, антибиотиков, антисекреторных препаратов

Б) антацидов, Метронидазола

В) антацидов, антисекреторных препаратов

Г) цитопротекторов, Метронидазола

1. ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

А) Домперидон

Б) Лактулоза

В) Дротаверин

Г) Макрогол

1. К АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ

А) Алгелдрат+Магния гидроксид

Б) Актовегин

В) Депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят

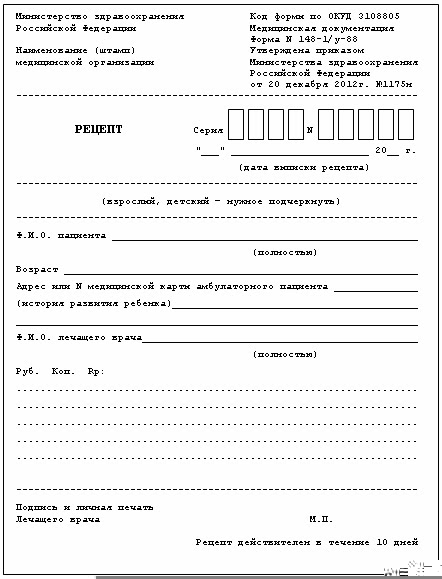
Г) Облепиховое масло

*Уметь составить план медикаментозного лечения конкретного пациента*

**Рецептурный справочник**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название препарата | Международное название | Форма выпуска | Возрастная доза |
| омез | Омепрозол  omeprozolum | 1 капс (10 мг) 10 штук | 10 мг |

*Владеть готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций в педиатрии*



**ОПК-9 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач**

*Знать нормативные параклинические показатели у детей: лабораторные, морфофункциональные, инструментальные для оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач:*

*собеседование:*

1. ***Рахит****. Этиология. Патогенез. Классификация.*
2. ***ГипервитаминозD.****Причины. Классификация*
3. ***Атопический дерматит.*** *Классификация: стадии развития, периоды и фазы болезни, возрастные клинические формы. Распространенность. Этиология. Патогенез*
4. ***Хронические расстройства питания****. Классификация (гипотрофия, гипостатура, паратрофия). Этиология. Патогенез. Классификации*

*Тестирование:*

1. *ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ*

*А) мукоидное набухание*

*Б) гранулематоз*

*В) фибриноидное изменение*

*Г) склероз*

1. *ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ*

*ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ*

*А) времени свертываемости*

*Б) времени кровотечения*

*В) плазминогена*

*Г) количества D-димеров*

1. *КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ*

*А) клубочковую фильтрацию*

*Б) реабсорбцию*

*В) секрецию*

*Г) диурез*

1. *ДИАГНОЗ «ВТОРИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА» ИЛИ*

*«ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА» ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ*

*А) радиоизотопное исследование в динамике*

*Б) экскреторная урография*

*В) компьютерная томорграфия*

*Г) почечная ангиография*

1. *СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ*

*А) почечных клубочков*

*Б) дистальных канальцев почек*

*В) петель Генле*

*Г) чашечно-лоханочной системы*

1. *НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ*

*ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ*

*А) кишечная палочка*

*Б) клебсиелла*

*В) протей*

*Г) синегнойная палочка*

1. *НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ*

*А) pH-метрия*

*Б) ацидотест*

*В) фракционный метод*

*Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду*

1. *ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ*

*А) β-гемолитический стрептококк группы А*

*Б) вирус Коксаки В*

*В) золотистый стафилококк*

*Г) гемофильная палочка*

1. *ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ*

*А) вирусы и «атипичные» бактерии*

*Б) грамположительные бактерии*

*В) грамотрицательные бактерии*

*Г) простейшие*

1. *К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ*

*А) грамотрицательную флору*

*Б) грибковую инфекцию*

*В) атипичную флору*

*Г) респираторные вирусы*

*Уметь оценить результаты лабораторного и инструментального обследования детей:*

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

|  |
| --- |
| **ЗАДАЧА**  Пациент Ж., 1г.2мес., находится в отделении детей раннего возраста  ***Жалобы при поступлении:*** на влажный кашель, насморк, частые простудные заболевания, одышку при физической нагрузке.  ***Анамнез жизни:*** ребенок от 4 беременности, 3срочных родов. Беременность протекала с токсикозом I и II половины (отмечалась тошнота, рвота), анемия. Масса при рождении 3175г, рост- 57 см. С рождения находится на искусственном вскармливании.  ***Перенесенные заболевания:*** частые ОРВИ, пневмония.  ***Аллергологический анамнез*** отягощен.лекарственная аллергия на антибиотики, сиропы. Пищевая на сладкое , смесь «Нутрилон».  ***Генеалогический анамнез –*** не отягощен.  ***Анамнез заболевания:*** С 30.04.13г. отмечались явления ОРВИ, появился кашель, насморк.повысилась температура до 38 С. Лечились стационарно п. о месту жительства с диагнозом О.ларинготрахеит, с положительным эффектом, но сохранялся грубый кашель с 16.05.13 усилился кашель появилось затрудненное дыхание с удлинением выдоха. Повторно лечились по месту жительства без положительного эффекта.  Поступил на обследование в ОДКБ.  ***Объективно:*** масса – 10кг, рост- 79 см.  Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Зев умеренно гиперемирован. Миндалины рыхлые, налетов нет. Носовое дыхание затруднено за счет серозного отделяемого. Одышка экспираторная. Втяжение межреберных промежутков при беспокойстве ребенка.В легких на фоне жесткого дыхания проводные хрипы с обеих сторон. ЧДД 38-40 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 5 м/р локализованный. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 110 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 1,5см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  ***Задание***  1.Выделить ведущие синдромы   * поставить предварительный диагноз * составить план обследования.   2.Провести анализ анализов, дифференциальную диагностику   * обосновать клинический диагноз.   3.Составить программу лечения.  **ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**  **ОАК:**  Эритроциты 3,6\*1012/л  Hb 119 г/л  ЦП 0,9  Тромбоциты 231\*109/л  Лейкоциты 8,4\*109/л п/я 9%, с/я 50%, л 30%,м 10%, э 1%  СОЭ 15 мм/ч  **ОАМ**: **Копрограмма:**  Цвет- св- желтый кашицеобразный  Прозрачная крахмал 0 –1 в п/зр  Рн 5,0 Л 2 – 3 в п/зр  Уд.вес 1018 нейтр. жир незначительное кол-во  Белок нет Лямблии отр.  Глюкоза отр.  Л 1-2 в п/зр  Эп. пл. 1-2 в п/зр  **Биохимический анализ крови:**  Общ.белок 78г/л  Альбумин 49,2г/л  Холестерин 3,2 ммоль/л  В-ЛП 2,4 ммоль/л  Общ.билирубин 11,6 мкмоль/л  Са 2,1 ммоль/л  Р 1,43 ммоль/л  Железо 10,5 мкмоль/л  ОЖСС 65,1мкмоль/л  **Рентгенография легких: легочные поля прозрачные. У**силение легочного рисунка с обеих сторон, расширение корней легкого. |

*Владеть навыками клинического обследования пациентов:*

*проверка практических навыков:*

**Перечень практических навыков**

1. Определение группы крови: техника проведения, показания
2. Первичный туалет новорожденного
3. Постановка капельницы, внутривенное введение лекарственных препаратов
4. Очистительная и лечебная клизмы: техника проведения, показания, противопоказания
5. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию органов дыхания: техника проведения
6. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию желудочно – кишечного тракта
7. Реакция Сулковича: техника проведения, показания, противопоказания
8. Подготовка пациента к ультразвуковому обследованию печени и желчного пузыря: техника проведения, показания, противопоказания
9. Оксигенотерапия: виды, показания, противопоказания, техника проведения
10. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: показания, противопоказания, техника проведения
11. Техника инъекций инсулина: техника проведения, показания, противопоказания
12. Провести антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы
13. Проба мочи по Зимницкому: показания, противопоказания, техника проведения
14. Проба мочи по Нечипоренко: показания, противопоказания, техника проведения
15. Копрограмма: показания, техника проведения, противопоказания
16. Определение степени увеличения щитовидной железы: показания, техника проведения
17. Подготовка пациента к проведению цистографии: показания, техника проведения, противопоказания
18. Экспресс – диагностика сахара крови: показания, техника проведения, противопоказания
19. Гигиенический уход за новорожденными (гигиеническая ванна): показания, техника проведения, противопоказания
20. Функциональная проба по Шалкову. Проведение и оценка результатов: показания, техника проведения, противопоказания
21. Подготовка пациента к проведению внутривенной урографии: показания, техника проведения, противопоказания
22. Кислородотерапия: виды, показания, техника проведения, противопоказания
23. Реанимация новорожденных. Показания. Этапы и методика проведения реанимации новорожденных.

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

*Знать методику сбора и анализа жалоб пациента или его законных представителей с целью установления факта наличия или отсутствия заболевания; роль анамнеза заболевания и жизни больного ребенка в процессе установления факта наличия или отсутствия заболевания; клинические проявления основных заболеваний детского возраста основные лабораторные показатели, а также методы инструментальных исследований для установления факта наличия или отсутствия заболевания у детей*

*Тестирование:*

1. *ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ*

*А) затруднение выдоха*

*Б) затруднение вдоха*

*В) головная боль*

*Г) общая слабость*

1. *ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ БРОНХИОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДИФФУЗНЫЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХРИПЫ*

*А) мелкопузырчатые влажные*

*Б) сухие свистящие*

*В) крупнопузырчатые влажные*

*Г) разнокалиберные влажные*

1. *ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА*

*А) приступы удушья*

*Б) кашель с гнойной мокротой*

*В) кровохарканье*

*Г) боль в грудной клетке*

1. *ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА \_\_\_\_\_\_\_ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ*

*А) синячково-гематомный*

*Б) петехиально-пятнистый*

*В) васкулитно-пурпурный*

*Г) гематомный*

1. *СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ*

*А) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях*

*Б) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище*

*В) полиморфная, появляется одномоментно на всем теле*

*Г) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище*

*Уметь получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания; определить необходимость проведения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных и пр.), уметь интерпретировать их результаты; провести дифференциальную диагностику основных заболеваний у детей различных возрастных групп, обосновать клинический диагноз, составить программу лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий*

*проверка историй болезни (см. выше)*

*решение проблемно-ситуационных задач:*

|  |
| --- |
| **ЗАДАЧА**  Пациентка, 7 лет, находится в приемно-диагностическом отделении ОДКБ г.Оренбурга.  ***Жалобы при поступлении:*** на малопродуктивный, частый кашель, повышение температуры тела до 38,5-39,0°С, одышку, общую слабость, быструю утомляемость.  ***Анамнез жизни:*** ребенок от V беременности, IV преждевременных родов (на сроке 33 недели). Беременность протекала с токсикозом первой половины беременности (отмечалась тошнота, рвота), гепатит В, курение во время беременности. Масса при рождении 2900 гр., длина тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. На грудном вскармливании находилась до 1,5 мес, затем питание не соответствовало возрасту. Ребенок из группы социального риска.  ***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.  ***Перенесенные заболевания:*** часто болеет ОРВИ – до 6-7 раз за год, ветряная оспа, краснуха, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.  ***Генеалогический анамнез:*** не отягощен.  ***Анамнез заболевания:*** Больна в течение 7 дней, после перенесенного ОРВИ появился сухой кашель, повышение температуры до 38,5-39,0°С, повышенная утомляемость, общая слабость. Была госпитализирована по месту жительства в РБ, получала лечение цефтриаксоном, амброксолом, ингаляционную терапию. Лечение без эффекта. Сохраняется частый, малопродуктивный кашель, одышка смешанного генеза. Поступила в приемно-диагностическое отделение ГБУЗ ОДКБ г.Оренбурога с лечебно-диагностической целью.  ***Объективно:*** Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. В зеве гиперемии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Носовое дыхание не затруднено. 23 в минуту, отмечается одышка при физической нагрузке. Перкуторно над легкими притупление легочного звука справа ниже угла лопатки. В легких дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы справа ниже угла лопатки. Область сердца визуально не изменена. ЧСС 108 в минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Аппетит избирательный, снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул нерегулярный, 1 раз в 2-3 суток, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  **Задание**  1. Выделите ведущие симптомы;  2. Поставьте предварительный диагноз;  3. Составьте план обследования;  4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных данных, дифференциальную диагностику;  5. Обоснуйте клинический диагноз;  6. Составьте программу лечения.  **ПРОВЕДЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**  **КАК:**Hb – 98 г/л; RBC – 3,0\*1012/л; ЦП – 0,9; Ретикулоциты – 1,0‰;WBC 13\*1012/л; п/я – 14%, с/я – 43%, л – 28%, э – 2%, м – 5%; СОЭ – 26 мм/ч.  **ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1015, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.  **Соскоб ная/г** – яйца глистов не обнаружены  **Копрограмма:** оформленный, детрит – значительное количество, урахмал внеклеточный – незначительное количество, внутриклеточный – незначительное количество, растительная клетчатка непереваренная – незначительное количество, мышечные волокна непереваренные – значительное количество, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, бактерии ++, слизь++. Цисты лямблий - отр.  **Биохимический анализ крови:** белок – 68,6 г/л, альбумины – 35,6 г/л, общий билирубин – 13,7 мкмоль/л, К – 4,17 ммоль/л, Na – 140,0 ммоль/л, Ca – 2,0 ммоль/л, Mg – 0,78 ммоль/л, P – 1,3 ммоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, креатинин – 37,0 ммоль/л, сывороточное железо – 9,9 мкмоль/л, ОЖСС – 62,1 мкмоль/л, сывороточный ферритин – 24 мкг/л.  **ЭКГ:** ЭОС вертикальная. Синусовый ритм с ЧСС 136 в минуту. Нагрузка на правый желудочек. Нарушены процессы реполяризации в миокарде желудочков.  **Рентгенография легких:** Усиление легочного рисунка, деструктурированные корни легких. В нижней доле правого легкого определяется инфильтративная тень с четкими контурами, гомогенная структура. Синусы свободные. Контуры куполов диафрагмы четкие, ровные. Тень средостения не расширена. Сердце в поперечнике не расширено. |

*Владеть методикой сбора жалоб и анамнеза, физикальными методами обследования детей, анализом результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, медицинской терминологией при формулировке диагноза*

*проверка практических навыков (см. выше)  
собеседование по полученным результатам исследования:*

|  |
| --- |
| **Клиническое обследование пациента**  - анализ жалоб  - анализ анамнеза заболевания  -анализ анамнеза жизни: генетического, медико-биологического, аллергологического, медико-социального (вредные привычки, характер питания, ЗОЖ)  -оценка факторов риска  -оценка физического развития  - оценка нервно-психического развития  - оценка иммунологической резистентности  - выявление стигм дизэмбриогенеза, их оценка  - оценка |

**ПК-6 способностью 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-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.**

*Знать методику обследования основных органов и систем детей и подростков; семиотику и основные синдромы поражения органов и систем у детей и подростков; наиболее часто используемые лабораторные и инструментальные методы исследования, их диагностическую значимость:*

*Тестирование:*

1 ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) ретикулоцитоз

Б) мегакариоцитоз

В) микросфероцитоз

Г) анизопойкилоцитоз

*2* ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А) исследование костного мозга

Б) анализ периферической крови

В) биохимическое исследование крови   
Г) исследование антигенов гистосовместимости

3 ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЧИТАЮТ НАИБОЛЕЕ

ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ

А) гидронефрозе

Б) пузырно-мочеточниковый рефлюксе

В) недержании мочи

Г) нейрогенном мочевом пузыре

4 СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

А) почечных клубочков

Б) дистальных канальцев почек

В) петель Генле

Г) чашечно-лоханочной системы

5 ОБНАРУЖЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) острого гломерулонефрита

Б) хронического вульвовагинита

В) острого цистита

Г) острого пиелонефрита

*Уметь выявить основные синдромы поражения органов и систем больного ребенка на основании данных его клинико-параклинического обследования сформулировать диагноз основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здраво-охранения, г. Женева, 1989 г.; пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43- ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г; оценить результат лабораторного и инструментального исследования*

*проверка историй болезни (см. выше)*

*Владеть способностью 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- ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. оценкой результатов лабораторного и инструментального исследования*

*решение проблемно-ситуационных задач:*

|  |
| --- |
| **Задача**  Девочка, 11 мес находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.  Жалобы на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (ест мел).  Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Беллакт»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). Ребенок из группы ЧБД, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.  Режим питание не соблюдает. В питании преобладает вегетарианская пища. Ребенок из семьи с отягощенным социальным анамнезом.  При амбулаторном обследовании в анамнезе в ОАК неоднократно снижение гемоглобина. Назначенные участковым педиатром препараты не принимала.  При поступлении: состояние средней тяжести, вялая, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы и ногти тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается функциональный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка у реберного края. Стул со склонностью к запорам, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  **Задание.**  1.Выделите ведущие синдромы  - поставьте предварительный диагноз  - составьте план обследования  2 Проведите анализов анализов, дифференциальную диагностику.  -Обоснуйте клинический диагноз.  -.Составьте программу лечения.  **ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**  **ОАК**: Hb – 75 г/л, Эр – 3,0х1012/л, ЦП– 0,78; ретикулоциты – 1,0%, Лейк – 7,2х109/л, п/я – 2%, с/я– 20%, лимф – 64%, эоз – 14%, мон – 8, СОЭ – 14 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.  **Биохимический анализ крови**: белок – 68 г/л, билирубин общий– 14,2 мкмоль/л, сывороточное железо – 6,3 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность – 88,9 мкмоль/л.  **Общий анализ мочи**: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий в поле зрения, лейк – 0–1 в поле зрения, эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.  **Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены  **Копрограмма:** оформленный, лейкоциты 1-2 в п.зр, детрит-значительное количество, крахмал-незначительное количество, непереваренная раст. клетчатка-незначительное количество, обнаружены цисты лямблий.  **Миелограмма-**умеренная нормобластическая реакция , резкое снижение содержания сидеробластов, увеличение полихроматофильных нормобластов, Бласных клеток не обнаружено |

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

*Знать клинические показания для госпитализации в стационар и тактику ведения, маршрутизацию детей с основными нозологическими диагнозами*

*Тестирование:*

*1* ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса до данным УЗИ

Б) нарушение функционального состояния почек

В) подозрение на наличие аномалий развития почек

Г) учащенное болезненное мочеиспускание

*2* ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ МАКРОГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

А) цистоскопию

Б) цистографию

В) изотопную сцинтиграфию

Г) экскреторную урографию

*3* ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) непереносимость йода

Б) хроническая болезнь почек 1 стадии

В) непереносимость белков коровьего молока

Г) нарушение концентрационной способности почек

*4* ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) спазмолитиков

Б) антибиотиков

В) анальгетиков

Г) мочегонных препаратов

*5* ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ГЕМОФИЛИЯ», В

ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ \_\_\_ ФАКТОРОВ

СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

А) VIII или IХ

Б) I или II

В) III или IV

Г) V или VI

*6* ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ

ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) Кальция глюконата

Б) Неостигмина метилсульфата

В) Лидокаина

Г) Метамизола натрия

*7*КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ

ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

А) ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови

Б) ЭКГ, рентгенография, КТ

В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

*8* ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ

ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие осложнений пневмонии

Б) возраст 3 года

В) протекание заболевания у пятилетнего ребѐнка на фоне аллергического диатеза

Г) состояние средней тяжести на 2 день болезни

*9* ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ,

ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У

РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) рентгенограмма грудной клетки

Б) бронхоскопия

В) биохимический анализ крови

Г) общий анализ крови

*10* ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 10-15

Б) 5

В) 8

Г) 20

*Уметь определить тяжесть состояния и алгоритм ведения детей с различными нозологическими формами патологии и дать соответствующие рекомендации*

*решение проблемно-ситуационных задач:*

|  |
| --- |
| **Задача**  Пациент В., 9 лет, находится в кардиоревматологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.  ***Жалобы при поступлении*** на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость.  ***Анамнез жизни.*** Ребенок от 1 беременности на фоне токсикоза 2 половины беременности, анемии, ОРЗ в 6 нед., 1 родов на 40 неделе. Масса тела при рождении 2900г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 б. На грудном вскармливании находился до 1 года. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, бронхит 2-3 раза в год, дважды пневмония. Проф. прививки по календарю.  ***Генеалогический анамнез.*** У дяди шум в сердце, у племянника отца ребенка ВПС, у деда протезированный клапан сердца.  ***Анамнез заболевания***. Впервые шум в сердце выявлен в возрасте 2,5 мес., обследован в ОДП. Регулярно наблюдается кардиологом.  ***Объективно:*** Состояние при поступлении средней степени тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые. Зев не гиперемирован. ЧДД-28 в мин. ЧСС-110 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок в V м/р. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2 см кнаружи от стернальной линии, верхняя- II межреберье, левая – 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердечные тоны ритмичные, выслушивается грубый систолический шум в II м/р справа, проводится за пределы сердца. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.Рост-144см ,масса-28кг  ***Задание***  1.Поставьте предварительный диагноз  2.Составьте план обследования  3.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику  4.Обоснуйте клинический диагноз  5.Составьте программу лечения.  **ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**  **ОАК** Нв 128 г/л, эр. 3,9 × 1012, ЦП 0,9, лейк. 4,6× 109 , п\я- 2 %, с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, СОЭ– 10 мм\ч.  **ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1015,рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.  **Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены  **Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, , креатинин 61,2мкмоль\л, в-ЛП 5,1 ммоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л.  **ЭКГ**: ЭОС отклонена вправо, синусовый ритм ЧСС=114 мин. На вдохе миграция предсердного водителя ритма. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Значительно нарушены процессы реполяризации желудочков. Нагрузка на миокард левого желудочка, правого предсердия.  **ЭХО-КС**: умеренный клапанный стеноз аорты с градиентом давления 36 мм.рт.ст., краевой фиброз. Увеличение полости левого желудочка, правого предсердия. Утолщены стенки левого желудочка. Сократительная способность миокарда 46%.  **УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются  **УЗИ щитовидной железы**: общий объем 2,7мл, паренхима однородна, эхогенность не изменена, положение обычное, узлов нет. Уровень гормонов: ТТГ, Т3,Т4- в норме. |

*Владеть способностью к определению тактики ведения детей с различными нозологическими формами патологии*

*проверка практических навыков:*

**Перечень практических навыков**

1. Определение группы крови: техника проведения, показания
2. Первичный туалет новорожденного
3. Постановка капельницы, внутривенное введение лекарственных препаратов
4. Очистительная и лечебная клизмы: техника проведения, показания, противопоказания
5. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию органов дыхания: техника проведения
6. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию желудочно – кишечного тракта
7. Реакция Сулковича: техника проведения, показания, противопоказания
8. Подготовка пациента к ультразвуковому обследованию печени и желчного пузыря: техника проведения, показания, противопоказания
9. Оксигенотерапия: виды, показания, противопоказания, техника проведения
10. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: показания, противопоказания, техника проведения
11. Техника инъекций инсулина: техника проведения, показания, противопоказания
12. Провести антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы
13. Проба мочи по Зимницкому: показания, противопоказания, техника проведения
14. Проба мочи по Нечипоренко: показания, противопоказания, техника проведения
15. Копрограмма: показания, техника проведения, противопоказания
16. Определение степени увеличения щитовидной железы: показания, техника проведения
17. Подготовка пациента к проведению цистографии: показания, техника проведения, противопоказания
18. Экспресс – диагностика сахара крови: показания, техника проведения, противопоказания
19. Гигиенический уход за новорожденными (гигиеническая ванна): показания, техника проведения, противопоказания
20. Функциональная проба по Шалкову. Проведение и оценка результатов: показания, техника проведения, противопоказания
21. Подготовка пациента к проведению внутривенной урографии: показания, техника проведения, противопоказания
22. Кислородотерапия: виды, показания, техника проведения, противопоказания
23. Реанимация новорожденных. Показания. Этапы и методика проведения реанимации новорожденных.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль *1 ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА***

**Тема 1***Профилактическая педиатрия. Гиповитаминозы у детей. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена. Рахит витамин-Д-дефицитный, - резистентный и -зависимый.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Нормативно – правовая база. Организация оказания первичной медицинской помощи детям*
2. *Современные вопросы гипополивитаминозов у детей грудного и раннего возраста*

*Темы презентаций:*

1. *Грудное вскармливание программирование здоровья*
2. *Национальная программа недостаточность витамина D удетей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции 2017г.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный вопрос:*

- Охрана здоровья детей – важнейшая отрасль здравоохранения.

- Профилактическая направленность педиатрии.

- Достижения отечественной и мировой педиатрии.

- Актуальные вопросы и задачи педиатрии на современном этапе развития медицинской науки и практики.

- Деонтология в деятельности врача-педиатра.

- Питание ребенка грудного возраста (контроль исходного уровня знаний). Организация стационарной помощи детям.

- Специализированная служба.

- Методика обследования детей грудного и раннего возраста. Самостоятельная работа с пациентами.

- Гиповитаминозы у детей – группы В – В1, В2, В6,В12; аскорбиновой кислоты (витамин С), витаминов РР, А. Е. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики лечения гиповитаминозов. Профилактика.

*Тестирование:*

1. ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

ПРОЯВЛЕНИЯ

А) начального периода рахита

Б) гипотрофии

В) полиомиелита

Г) пиелонефрита

2. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО

ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А) 2,5-2,8

Б) 1,2-2,0

В) 2,8-3,2

Г) 2,0-2,2

3. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ

ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) Кальция глюконата

Б) Неостигмина метилсульфата

В) Лидокаина

Г) Метамизола натрия

4. ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) II

Б) I

В) III

Г) IV

5. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А) спазмофилии

Б) гипервитаминозе Д

В) гиперпаратиреозе

Г) фосфат-диабете

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

На амбулаторном приёме мать с девочкой 4 месяцев,

Ребёнок 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. Мать отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам – без видимой патологии.

Зубов нет.

Большой родничок – 2,5×2,5 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 ней;

Др – рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней;

До – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твёрдую опору;

Ра – гулит;

Н – во время кормления перестала 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.

5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз «рахит I, период разгара, острое течение, группа социального риска, риска анемии, гипотрофии, хронических расстройств питания». Группа здоровья II.

2. Диагноз «рахит I» выставлен на основании клинических проявлений (отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, не большая мышечная гипотония, облысение затылка. Мама отмечает беспокойный сон. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливы). На основании отягощенного биологического анамнеза (ребѐнок от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед.аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Методический центр аккредитации специалистов\_Педиатрия\_2018 г. 71 Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учѐте с 36 недели беременности), а также с одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери, имеются перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни выставляется группа риска по анемии и гипотрофии. На основании отягощенного социального анамнеза (ребенок из неполной семьи). Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире, материальное обеспечение семьи неудовлетворительное, имеются вредные привычки, выставляется группа социального риска.

3. Ребенку рекомендовано проведение лабораторных исследований – ОАК (для оценки признаков анемии), биохимия крови с определением Са, Р, щелочной фосфатазы (для определения активности процесса).

4. Питание сут. V 1/7 от массы тела (5000) – 714 мл, раз V 714 мл на 6 раз кормлений составляет 120 мл.смеси. В связи с гипогалактией у матери и ребѐнка из группы социального риска, врачпедиатр участковый должен решить вопрос льготного обеспечения молочными адаптированными смесями 1 поколения. Прикормы не вводятся, так как ребенок не здоров и имеет фоновое заболевание. Фв – физические воздействия – назначается гимнастический комплекс № 9 для детей с анемией, рахитом и гипотрофией направлен на нормализацию нервнорефлекторной возбудимости, улучшения тургора тканей и мышечного тонуса.

5. Соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гимнастика, массаж. Контроль динамики прибавки веса. При необходимости контрольное кормление. ПП - в возрасте 4,5 мес. в рамках национального календаря профилактических прививок врачом-педиатром участковым обязательна должна быть проведена вакцинация (V2) от полиомиелита (ИПВ), коклюша, дифтерии, столбняка, пневмококковая инфекция.

**Тема 2***Рахит витамин-Д-дефицитный, - резистентный и -зависимый. Лечение. Профилактика. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Особенности метаболизма витамина Д у новорожденных и недоношенных детей – современный взгляд*
2. *Современные вопросы профилактики и коррекции дефицита витамина Д у новорожденных и недоношенных детей*
3. *Спазмофилия в младенческом возрасте. Что должен знать участковый врач-педиатр?*
4. *Гипервитаминоз Д, клинико-диагностические критерии, неотложная помощь.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Фоновые состояния у детей грудного и раннего возраста.

- Значение рахита в патологии детского возраста.

- Вклад Е.М.Лепского и С.О.Дулицкого в изучение рахита.

- Рахит как гиповитаминоз Д. Этиология и факторы обуславливающие развитие рахита. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.

- Биохимические показатели сыворотки крови, рентгенологические изменения костей.

- Особенности рахита у недоношенных детей. Дифференциальный диагноз. Лечение. Препараты витамина Д, курсовые дозы. Другие методы лечения.

- Спазмофилия как синдром гипокальциемии на фоне остро протекающего рахита. Причины, предрасполагающие факторы, патогенез, клинические формы. Диагноз.

- Значение определения уровня Са в сыворотке крови в диагностике спазмофилии. Дифференциальный диагноз, исходы, лечение, профилактика.

- Неотложная помощь при гипокальциемических судорогах.

- Гипервитаминоз Д. Причины. Клинические проявления. Диагноз. Лабораторные методы исследования (Са, Р мочи и крови). Осложнения, исходы.

*Тестирование:*

1. *Уровнем недостаточной обеспеченности витамином Д считается содержание в сыворотке крови 25 (ОН)D:*

*А) 0-10 нг/мл+*

*Б) 11-20 нг/мл*

*В) 21-29 нг/мл*

*Г) 30-40 нг/мл*

1. *Пограничный уровень 25 (ОН)Д в сыворотке крови, свыше которого возможно появление токсических эффектов витамина Д в виде гиперкальциемии составляет:*

*А) 100 нг/мл*

*Б) 110 нг/мл*

*В) 120 нг/мл*

*Г) 150 нг/мл+*

*3. Ацидоз развивается при:*

*А) синдроме Альпорта*

*Б) почечной глюкозурии*

*В) почечном тубулярном ацидозе фосфат-диабете+*

*Г) оксалатно-кальциевой кристаллурии*

*4. Для какого заболевания характерна аминоацидурия:*

*А) дисметаолической нефропатии синдрома Альпорта*

*Б) синдрома де Тони-Дебре-Фанкони+*

*В) витамин Д-резистентного рахита*

*Г) несахарного диабета*

*5. В лечении витамин Д-зависимого рахита III типа применяются:*

*А) высокие дозы витамина Д*

*Б) физиологические дозы витамина Д*

*В) высокие дозы активных метаболитов*

*Г) лечение витамином Д и его метаболитами не требуется*

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

На амбулаторном приёме девочка 6 месяцев. Родители жалуются на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, у ребёнка

Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мать встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мать 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°С, 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 лёгкими 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 рёберного 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 пришёл в сознание и уснул.

В общем анализе крови: гемоглобин – 119 г/л, эритроциты – 3,9.1012/л, Ц. п. – 0,91, лейкоциты – 7,1.109/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, мочевина – 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.

2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребенок стал получать 2000 МЕд витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция). Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребенка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребенка поздно встала на диспансерный учет), профилактически витамин Д ребенок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краев родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфотазы).

3. На фоне судорожного синдрома: в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг; ингаляции увлажненного кислорода. После окончания приступа судорог: в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы; Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг. Госпитализация.

4. Включить в меню: кисломолочные продукты (творог 50 г, кефир 150 г); продукты, имеющие щелочные валентности (овощные пюре); желток. Уменьшить в рационе объем злаковых продуктов и исключить манную крупу.

5. Длительность диспансерного наблюдения – 3 года. Учитывая развитие спазмофилии у ребенка с рахитом, в периоде разгара осмотр врача-педиатра участкового – 1 раз в 2 недели, в периоде реконвалесценции осмотр врачом-педиатром участковым – 1 раз в месяц, остальные специалисты – в декретированные сроки. Общий анализ крови и мочи – ежеквартально, биохимия крови (кальций, фосфор, ЩФ) – 2 раза в год.

**Тема 3***Хронические расстройства питания: Гипотрофия. Белково-энергетическая недостаточность детского возраста. Гипостатура. Паратрофия.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Современное понятие БЭН в младенческом и раннем возрасте. Клинико-диагностические критерии*
2. *Квашиоркор – как вариант течения гипотрофии.*
3. *Коррекция питания гипотрофии в зависимости от ее степени у детей*
4. *Современные медикаментозные подходы в лечении гипотрофии*
5. *Клинико-диагностические критерии паратрофии и гипостатуры у детей грудного и раннего возраста*

*Темы презентаций:*

1. *Антирефлюксные смеси – лечебное питание*
2. *Кисломолочные смеси в питании детей младенческого возраста*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Вклад Г.Н.Сперанского в изучение данной патологии.

- Гипотрофия. Определение степени гипотрофии. Этиологические факторы. Патогенез. Клинические проявления. Диагноз Осложнения. Течение. Исходы. Принципы лечения.

- Роль диетотерапии, режима питания.

- Ферментотерапия, витаминотерапия.

- Стимулирующая терапия. Массаж. ЛФК. Особенности ухода.

- Паратрофия – определение. Клиника. Лечение.

Расчет питания. Профилактика.

*Тестирование:*

1.ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) более 30

Б) 20-30

В) 10-15

Г) 15-20

2. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ

ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 10-20

Б) 5-10

В) 20-30

Г) 30-40

3. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА

А) лице

Б) туловище

В) животе

Г) верхних конечностях

4. СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ

НЕДОРАЗВИТИЕМ

А) кардиального отдела желудка

Б) дна желудка

В) пилорического отдела желудка

Г) тела желудка

5. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

А) появление геморрагической сыпи

Б) уплощение или падение весовой кривой

В) беспокойство

Г) редкое мочеиспускание

6. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ В ПИТАНИИ ОГРАНИЧИВАЮТ

А) редис

Б) капусту

В) картофель

Г) абрикосы

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мать 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 мать давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребёнка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от четвёртой доношенной беременности, третьих срочных родов. Вес при рождении – 3000 г, 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 переворачиваться 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 напряжён. 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 истончён 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. Перкуторно лёгочный 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: гемоглобин – 98 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 7,3×109/л, СОЭ – 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1005, белок и сахар отрицательные, лейкоциты – 0-2-1 в поле зрения.

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 фосфотазы 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 ребёнка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза (или хроническое расстройство питания по типу гипотрофии I степени тяжести). Анемия лѐгкой степени тяжести, алиментарного генеза.

2. Гипогалактия у матери, несбалансированное питание ребѐнка, социально-неблагополучная семья.

3. Осмотр врачом-педиатром участковым 2 раза в месяц до нормализации массы тела, а затем ежемесячно до года.

Осмотр специалистами: в декретированные сроки – врачом-детским эндокринологом, врачом-гастроэнтерологом – по показаниям.

Лабораторно-диагностическое обследование: общие анализы крови и мочи – при взятии на учѐт, в дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям – чаще; копрограмма – при взятии на учѐт, контроль в динамике – по показаниям; кал на яйца гельминтов (во 2 полугодии жизни) – при взятии на учѐт, контроль в динамике – по показаниям; исследование кала на дисбактериоз – по показаниям.

Сроки наблюдения: дети данной группы состоят на диспансерном учѐте до года и при условии нормализации показателей массы в 1 год могут быть сняты с учѐта.

4. Нормализация аппетита, возрастное увеличение массы тела, улучшение показателей нервно-психического развития, восстановление показателей копрограммы.

5. При введении докорма используются адаптированные молочные смеси, увеличение объѐма докорма постепенное (3–5 дней), докорм даѐтся всегда в конце кормления, после кормления грудью.

**Тема 4***Аномалии конституции. Атопический дерматит*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Современный взгляд на вопрос диатезов у детей: этиология, факторы риска, патогенез, диагностика*
2. *Атопический марш –тактика врача-педиатра первичного звена здравоохранения*
3. *Современные лечебно-реабилитационные мероприятия у детей с атопическим дерматитом*
4. *Федеральные клинические рекомендации Атопический дерматит у детей 2016г*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный вопрос:*

- Понятие об аномалиях конституции и диатезах, их взаимосвязь и взаимозависимость. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение.

- Понятие о лимфатическом и метаболическом диатезах.

- Атопический дерматит.

*Тестирование:*

1. РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ-ПЕДИАТР

ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

А) 2 недели

Б) месяц

В) 2 месяца

Г) 3 месяца

2. РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ- ПЕДИАТР

ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

А) месяц

Б) 2 месяца

В) 3 месяца

Г) 2 недели

3. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А) 2-11 лет

Б) 1-12 месяцев

В) 12-16 лет

Г) 1-2 года

4. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

А) продольная суборбитальная складка

Б) наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно

В) отягощенный аллергоанамнез

Г) наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей

5. ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО

А) шкале SCORAD

Б) шкале GINA

В) опроснику ISAAC

Г) шкале ROSS

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

А) кожный зуд

Б) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей

В) периорбитальная гиперпигментация

Г) кератоконус

7. ЭЛИМИНАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

А) регулярную стирку постельного белья

Б) увлажнение воздуха до 70%

В) применение натуральной одежды из шерсти Г) уменьшение частоты приема гигиенических ванн

8. ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А) мазей с кальципотриолом

Б) местных нестероидных противовоспалительных средств

В) увлажняющих средств лечебной косметики

Г) местных глюкокортикостероидов

9. ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЗУДА ЦЕТИРИЗИН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ (МГ/СУТКИ)

А) 10

Б) 5

В) 20

Г) 15

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

**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 ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущённым молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок 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). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2-3 месяца. У матери ребёнка 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 даёт 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, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8 ×1012/л, цветовой 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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма, период обострения.

2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребенка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребенка.

3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулин-Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.

4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.

5. Да, данный ребенок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

**Тема 5** *Железодефицитная анемия.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Лечебно-диагностические подходы при ЖДА у детей грудного и раннего возраста*
2. *Особенности питания детей с ЖДА*
3. *Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии 2014г*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Обмен железа в организме ребенка. Классификация. Клинические формы. Лечение. Диетотерапия.

- Фармакологические действия препаратов, содержащих железо. Расчет курсовой дозы препаратов железа. Профилактика. Реабилитационные мероприятия.

*Тестирование:*

1. ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) снижением уровня сывороточного железа

Б) низким уровнем гемоглобина

В) низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа

Г) снижением железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА (МГ/КГ/С)

А) 5

Б) 4

В) 3

Г) 2

3. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) ретикулоцитарная реакция

Б) увеличение количества тромбоцитов

В) увеличение количества лейкоцитов

Г) замедление скорости оседания эритроцитов

4.К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

А) железосвязывающей способности сыворотки крови

Б) уровня сывороточного железа

В) коэффициента насыщения трансферрина

Г) уровня ферритина в крови

5. КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?

А) трансферрин

Б) ферритин

В) гемосидерин

Г) миоглобин

6. ПРИМЕРОМ НЕГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ферритин

Б) гемоглобин

В) гемосидерин

Г) миоглобин

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

А) 110

Б) 100

В) 120

Г) 90

8. ДЛЯ АНЕМИИ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ

ГЕМОГЛОБИНА ДО (Г/Л)

А) 90-100

Б) 110-120

В) 70-80

Г) 50-60

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

На профилактическом приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от третьей 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 новорождённости 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 лёгочный 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 рёберной 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: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, лейкоциты – 8,5×109/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. Каков наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести врачу-педиатру участковому для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.

3. Нуждается ли ребёнок 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 этом ребёнок?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Железодефицитная анемия, легкой степени тяжести. Группа риска по повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями, по патологии ЦНС, по рахиту, хроническим расстройствам питания, социальный риск.

2. Необходимо провести биохимическое исследование крови с определением сывороточного железа, ОЖСС, ферритина сыворотки. Цветовой показатель определяет насыщенность эритроцитов гемоглобином. Вычисляется по формуле:

3. Недостатком организации вскармливания является кормление цельным коровьим молоком. Необходимо назначение адаптированной молочной смеси, обогащенной железом и другими минералами. Необходимо назначить первый прикорм в виде овощного пюре, а в дальнейшем на 2 недели раньше стандартной схемы назначается мясное пюре.

4. Необходимо назначить препарат железа в жидкой форме per os. Предпочтительным является назначение препарата в виде органического гидроксид-полимальтозного комплекса, а не препаратов в виде неорганических солей железа, так как последние легко диссоциируют в тонком кишечнике с образованием свободных радикалов. Rp: Sol. Ferrii (III) hydroxide polimaltozatis 0,05/ml - 30 ml D.t.d. № 1. S: По 7 капель на приѐм внутрь 2 раза в день между кормлениями. Курс лечения - 14 дней, затем проводится контроль эффективности терапии по наличию прироста гемеглобина, ретикулоцитарного криза, уменьшению гипохромии, пойкилоцитоза, анизоцитоза в общем анализе крови. При положительном эффекте лечение продолжается, но с корректировкой суточной дозы по фактической массе тела под контролем общего анализа крови каждые 2 недели. При достижении уровня гемоглобина 110 г/л дозу препарата уменьшают до половинной. Дальнейший курс терапии - 3 месяца.

5. V1,2 гепатит В; БЦЖ-М, V1,2 пневмококковая инфекция, V1,2 АКДС+ИПВ

**Тема 6** *Острые бронхиты у детей.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Федеральные клинические рекомендации Острый бронхит у детей 2017г*
2. *Современные вопросы лечения кашля у детей*
3. *Профилактика острой бронхо-легочной патологии в детском возрасте*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Эпидемиология острых бронхолегочных заболеваний.

- Острые бронхиты. Этиология, патогенез. Классификация бронхитов. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

- Принципы терапии. Противовирусные препараты. Профилактика. Реабилитационные мероприятия

*Тестирование:*

1. РАСШИРЕНИЕ БРОНХОВ ПРИ ВДОХЕ ОБУСЛОВЛЕНО

ВЛИЯНИЕМ НЕРВОВ

А) симпатических

Б) возвратных

В) парасимпатических

Г) межреберных

2. К СИМПТОМАМ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ

ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

А) кашель

Б) гепатомегалия

В) конъюнктивит

Г) спленомегалия

3. ПРОЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША

А) характерной рентгенологической картиной

Б) наличием короткой температурной реакции

В) отсутствием симптомов интоксикации

Г) наличием спазматического кашля

4. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А) рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые

Б) локальные мелкопузырчатые влажные

В) рассеянные мелкопузырчатые

Г) локальные сухие

5. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А) рассеянные сухие свистящие

Б) рассеянные мелкопузырчатые

В) локальные мелкопузырчатые

Г) локальные сухие

6. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) респираторный вирус

Б) легионелла

В) хламидия

Г) микоплазма

7. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А) рассеянные мелкопузырчатые

Б) рассеянные сухие

В) локальные мелкопузырчатые

Г) локальные сухие

8. ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

А) асимметрии хрипов в лѐгких

Б) грубого «лающего» кашля

В) притупления перкуторного звука

Г) нормальной температуры тела

9. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ХРИПЫ В ЛЁГКИХ

А) диффузные разнокалиберные

Б) диффузные мелкопузырчатые

В) локальные крепитирующие

Г) диффузные сухие, свистящие

10. ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

А) коробочный

Б) легочный

В) укороченный легочный

Г) притупленный

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) вирусная инфекция

Б) бактериальная инфекция

В) грибковая инфекция

Г) аллергическая реакция

12. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХРИПЫ

А) диффузные сухие свистящие

Б) диффузные мелкопузырчатые влажные

В) локальные мелкопузырчатые влажные

Г) диффузные разнокалиберные влажные

13. ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

А) лѐгочный

Б) коробочный

В) укороченный лѐгочный

Г) притупленный

14. ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А) экспираторной одышки

Б) инспираторной одышки

В) навязчивого кашля

Г) смешанной одышки

15. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) затруднение выдоха

Б) затруднение вдоха

В) головная боль

Г) общая слабость

16. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ БРОНХИОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДИФФУЗНЫЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХРИПЫ

А) мелкопузырчатые влажные

Б) сухие свистящие

В) крупнопузырчатые влажные

Г) разнокалиберные влажные

17. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) респираторно-синтициальный вирус

Б) коронавирус

В) ротавирус

Г) метапневмовирус

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение.

Наследственность по аллергопатологии не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.

5. Какова тактика дальнейшего наблюдения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый обструктивный бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I.

2. Диагноз «острый бронхит» установлен на основании жалоб больного на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затрудненное дыхание, беспокойство; предшествующие признаки ОРВИ, невысокая температура, отсутствие токсикоза и лейкоцитоза, диффузные хрипы. Синдром бронхиальной обструкции определѐн по наличию одышки экспираторного характера с 4 дня заболевания, вздутия грудной клетки, отсутствия отягощенного аллергоанамнеза, данных объективного осмотра (дыхание с удлиненным выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, перкуторно – коробочный звук, аускультативно в легких – диффузные сухие «свистящие» хрипы на фоне удлинѐнного выдоха). Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (30 в минуту), умеренном цианозе, бледности кожных покровов, умеренной тахикардии (114 ударов в минуту).

3. Пациенту рекомендовано: при подозрении на атипичную этиологию заболевания - серологическое исследование на определение антител классовА, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (Clilamidia pneumoniae), антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови; проведение рентгенографии органов грудной клетки при подозрении на пневмонию, инородное тело; исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при рецидивирующем течении БОС; консультация врача-оториноларинголога (при наличии синдрома «шумного дыхания»), врачафизиотерапевта (с целью улучшения дренажа ТБД).

4. Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции. Ингаляционные β2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день; Сальбутамол на прием 5 мл либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или Фенотерол + Ипратропия бромид на приѐм 2 капли/кг, максимально 1,0 мл либо 1- 2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней. При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β2-агонистов назначают: ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – Будесонид в суспензии, в среднем 250-500 мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней. Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукорегуляторы: например, Амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. по 15 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.

5. Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу-аллергологу тяжести. ДН II. Сопутствующий диагноз: «персистирующий аллергический ринит», легкой степени тяжести, обострение.

**Тема 7** *Острые пневмонии у детей грудного и раннего возраста.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Федеральные клинические рекомендации Внебольничная пневмония у детей 2015г*
2. *Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г.№ 1658н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести"*
3. *Клинико-рентгенологические критерии диагностики различных форм пневмоний у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Острая пневмония. Предрасполагающие факторы, значение реактивности организма. Патогенез пневмонии. Классификация.

- Степени дыхательной недостаточности. Клиника. Проявления пневмонии – основные синдромы. Осложнения. Лечение.

- Дифференциальная диагностика острых бронхолегочных заболеваний. Дифференциальная диагностика с хронической пневмонией.

- Особенности деструктивных пневмоний.

*Тестирование:*

1. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) степень дыхательной недостаточности

Б) температуру

В) кашель

Г) локализованные хрипы

2. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ

ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие осложнений пневмонии

Б) возраст 3 года

В) протекание заболевания у пятилетнего ребѐнка на фоне аллергического диатеза

Г) состояние средней тяжести на 2 день болезни

3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ,

ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У

РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) рентгенограмма грудной клетки

Б) бронхоскопия

В) биохимический анализ крови

Г) общий анализ крови

4. ПИОТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

А) стафилококковой

Б) пневмоцистной

В) легионеллезной

Г) пневмококковой

5. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

А) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

Б) коробочный характер перкуторного звука над экссудатом

В) усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом

Г) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону

6. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ ПРИ

ПНЕВМОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) вибрационный массаж

Б) ультрафиолетовое облучение

В) антибиотик

Г) витамин С

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

А) 5-10

Б) 1-2

В) 3-4

Г) 12-15

8. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 10-15

Б) 5

В) 8

Г) 20

9. ИЗ ДОЛЕВЫХ БРОНХОВ НАИБОЛЕЕ КРУПНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) нижнедолевой справа

Б) верхнедолевой слева

В) верхнедолевой справа

Г) среднедолевой справа

10. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ

ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) инфильтративные изменения в лѐгких на рентгенограмме

Б) разнокалиберные влажные хрипы при аускультации

В) воспалительные изменения в общем анализе крови

Г) повышение температуры, влажный кашель, интоксикация

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

А) пневмококк

Б) стафилококк

В) стрептококк

Г) энтерококк

12. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

А) вирусы и «атипичные» бактерии

Б) грамположительные бактерии

В) грамотрицательные бактерии

Г) простейшие

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мальчик 9 месяцев заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл 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 лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, 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 лёгкого, повышение прозрачности лёгочных 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Пневмония, внебольничная, нижнедолевая правосторонняя, ДН

2. Диагноз «пневмония» поставлен на основании типичных клинических синдромов, локальной перкуторной и аускультативной симптоматики, воспалительных изменений со стороны гемограммы, а также типичной рентгенологической картины.

3. Пациенту рекомендовано: посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, ЭКГ

4. Обильное питье. Внутрь Парацетамол или Ибупрофен, при неэффективности парентеральное введение раствора Метамизола натрия.

5. Антибактериальная терапия (Амоксициллин или Цефуроксим), с целью регидратации назначается обильное питье, для оптимизации мукоцилиарного клиренса – муколитики, симптоматическая терапия.

**Тема 8** *Острые пневмонии у детей грудного и раннего возраста. Лечение. Неотложная помощь.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Современная лечебная тактика микоплазменных пневмоний*
2. *Лечение пневмоний у детей грудного и раннего возраста в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями*
3. *Антибактериальная терапия пневмоний*
4. *Неотложная помощь детям с пневмониями тяжелой стпени тяжести*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Принципы лечения осложненных и неосложненных острых пневмоний.

- Принципы диагностики и неотложная терапия при дыхательной недостаточности в зависимости от степени, бронхообструктивном синдроме, пневмоническом токсикозе, кардиоваскулярном синдроме.

*Тестирование:*

1. ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ХРИПЫ

А) локальные мелкопузырчатые или крепитирующие

Б) локальные сухие свистящие

В) рассеянные мелкопузырчатые влажные

Г) рассеянные сухие свистящие

2. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) притупление перкуторного звука

Б) коробочный звук при перкуссии

В) рассеянные мелкопузырчатые хрипы

Г) локальные разнокалиберные влажные хрипы

3. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) навязчивый коклюшеподобный кашель

Б) притупление перкуторного звука

В) локальные мелкопузырчатые хрипы

Г) асимметрию хрипов

4. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) выраженную одышку

Б) грубый «лающий кашель»

В) фебрильную лихорадку

Г) сухой плеврит

5. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) мелкопузырчатые влажные хрипы в лѐгких

Б) нормальную температуру тела

В) выраженную одышку

Г) пневмоторакс

6. ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ

А) Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae

Б) Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila

В) Chlamydophila pneumonia, Mycoplasma pneumonia

Г) Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumonia

7. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А) пневмонии

Б) плеврите

В) пневмотораксе

Г) эмфиземе

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Chlamydia trachomatis

Б) Staphilococcus aureus

В) Mycoplasma pneumonia

Г) Escherichia coli

9. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) грамотрицательную флору

Б) грибковую инфекцию

В) атипичную флору

Г) респираторные вирусы

10. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЁГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПНЕВМОНИИ

А) интерстициальной

Б) крупозной

В) очаговой

Г) сегментарной

11. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ДОМУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ А) Амоксициллина

Б) Карбенициллина

В) Феноксиметилпенициллина

Г) Пиперациллина

12. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) макролиды

Б) цефалоспорины 1-2 поколений

В) полусинтетические пенициллины

Г) аминогликозиды

**Тема 9** *Бронхиальная астма у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Федеральные клинические рекомендации Бронхиальная астма у детей 2017г.*
2. *Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы GINA2014г, 2018г. Что нового?*
3. *Профилактика и реабилитация детей с бронхиальной астмой*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Бронхиальная астма. Распространенность. Эпидемиологические факторы риска возникновения бронхиальной астмы. Этиология.

- Современные аспекты патогенеза. Классификация. Клиника в зависимости от тяжести. Диагностика.

- Принципы терапии в зависимости от тяжести. Ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы. Принципы диспансерного наблюдения.

*Тестирование:*

1. В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ

АНТИБИОТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ

А) интоксикации

Б) одышки

В) кашля

Г) приступа удушья

2. К ПРИЗНАКУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ

АСТМЫ ОТНОСЯТ

А) повышение хлоридов в поте и моче

Б) жесткое дыхание

В) гиперпродукцию вязкой прозрачной мокроты

Г) рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

3. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

Б) жизненная емкость лѐгких

В) остаточный объем лѐгких

Г) общая емкость выдоха

4. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) бронхиальная астма

Б) эозинофильная пневмония

В) фиброзирующий альвеолит

Г) экзогенный аллергический альвеолит

5. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ

ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ателектаз

Б) пиоторакс

В) абсцесс

Г) напряжѐнный пневмоторакс

6. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) экспираторной одышкой

Б) афонией

В) инспираторной одышкой

Г) дизурией

7. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) бронхиальная обструкция

Б) ларингит

В) фарингит

Г) трахеит

8. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ

ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ателектаз

Б) пиоторакс

В) абсцесс

Г) напряжѐнный пневмоторакс

9. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) b2-адреномиметик

Б) блокатор Н1-гистаминовых рецепторов

В) системный глюкокортикоид

Г) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов

10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А) ингаляционные глюкокортикоиды

Б) антигистаминные препараты

В) бета-адреноблокаторы

Г) ингибиторы циклооксигеназы

11. КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?

А) является антагонистом лейкотриеновых рецепторов   
Б) оказывает отхаркивающее действие

В) блокирует гистаминовые рецепторы

Г) является ингибитором синтеза простагландинов

12. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА

А) связанная с неблагоприятными метеофакторами

Б) в образовательных учреждениях

В) предполагающая незначительные физические нагрузки

Г) на компьютере

13. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

А) «немое лѐгкое»

Б) ослабленное дыхание

В) жесткое дыхание

Г) везикулярное дыхание

14. ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) пиковую скорость выдоха

Б) жизненную ѐмкость лѐгких

В) объем форсированного выдоха

Г) форсированную жизненную ѐмкость лѐгких

15. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

А) степень бронхиальной обструкции

Б) степень аллергизации организма

В) степень выраженности инфекционного процесса

Г) состояние иммунной системы организма

16. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

А) приступы удушья

Б) кашель с гнойной мокротой

В) кровохарканье

Г) боль в грудной клетке

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

А) сухих свистящих хрипов

Б) влажных мелкопузырчатых хрипов

В) шума трения плевры

Г) крепитации

18. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

А) Е

Б) А

В) М

Г) G

19. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ А) пыльцевым

Б) пищевым

В) грибковым

Г) эпидермальным

20. БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЗЫВАЮТ

А) заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью

Б) хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов

В) хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития Г) хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

21. ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ БРОНХОВ НАЗЫВАЮТ

А) неадекватно сильную бронхоконстрикторную реакцию на специфические и неспецифические триггеры

Б) повышенную восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям

В) склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов

Г) изменение реологических свойств мокроты

22. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель

Б) экспираторный характер одышки

В) вздутие грудной клетки

Г) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

23. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФА ВОЗМОЖНО ДЕТЯМ (ГОД)

А) 6

Б) 1

В) 9

Г) 3

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

У девочки 3 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 затруднённого 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 ребёнка 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 лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка 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 поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1. Бронхиальная астма, период обострения.

2. Диагноз «бронхиальная астма» (БА) и период заболевания установлены на основании жалоб больного на приступообразный кашель, свистящее дыхание, данных анамнеза (два кратковременных эпизода затрудненного дыхания при контакте с тополиным пухом), данных объективного исследования больного – клинически картина обструктивного синдрома (коробочный перкуторный звук, масса сухих хрипов по всей поверхности легких, дыхание с затрудненным выдохом – экспираторная одышка, тахипноэ 20%), на рентгенограмме – признаки обструктивного синдрома (легочные поля повышенной прозрачности, уплощение купола диафрагмы).

3. Пациенту рекомендовано: исследование показателей внешнего дыхания; общий и специфические IgЕ, ЭКГ.

4. Ингаляции через небулайзер раствора Сальбутамола: в случае отсутствия эффекта провести ингаляцию суспензии Будесонид.

5. Кромоны или монтелукаст. При очень редких обострениях возможно ведение больного без применения базисной терапии.

**Тема 10** *Врожденные пороки сердца*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца 2015г*
2. *Федеральные клинические рекомендации по острой и хронической сердечной недостаточности у детей 2015г и 2013г*
3. *Хирургическая коррекция ВПС, современные подходы*
4. *Ранняя диагностика ВПС у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика.

- Гемодинамика при дефекте межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытом Боталловом протоке, коарктации аорты, пороках сердечно-сосудистой системы – тетраде Фалло.

- Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности, одышечно-цианотических приступах.

*Тестирование:*

1.КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА?

А) боталлов проток

Б) аранцев проток

В) пупочная вена

Г) воротная вена

2. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ

СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА

А) Шалкова

Б) Мак-Клюра

В) молоточковая

Г) щипковая

3. ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ

ВРАЧА

А) кардиохирурга

Б) педиатра

В) кардиолога

Г) ревматолога

4. ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ВИДЕ СЕРДЕЧНОГО ГОРБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) врожденных пороков сердца

Б) миокардиодистрофии

В) миокардитов

Г) вегето-сосудистой дистонии

5. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ

СОПРОВОЖДАТЬСЯ

А) падением артериального давления

Б) влажными хрипами в лѐгких

В) сухими хрипами в лѐгких

Г) влажным кашлем

6. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ

А) угнетение ЦНС

Б) увеличение диуреза

В) тахикардию

Г) запор

7. К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ

А) перегрузку давлением или объѐмом

Б) острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности

В) тяжѐлые врожденные пороки сердца

Г) нарушения сердечного ритма

8. ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С

СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А) перегрузки правых отделов сердца

Б) перегрузки левых отделов сердца

В) нарушений сердечного ритма

Г) ишемии миокарда

9. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) тахипноэ при физической нагрузке

Б) тахикардией в покое

В) цианозом в покое

Г) увеличением печени

10. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ

ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

А) ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови

Б) ЭКГ, рентгенография, КТ

В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

11. АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ

ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Димеркапрол

Б) Кальция хлорид

В) Калия хлорид

Г) Фентанил

12. К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

А) отрицательный хронотропный

Б) положительный миотропный

В) отрицательный инотропный

Г) положительный дромотропный

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

Основная часть: Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка 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 жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Дополнительные данные исследования по cito: общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветовой 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-жёлтый, 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 врачом-кардиологом?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Врожденный порок сердца, по синему типу.

2. Характерно обеднение малого круга кровообращения.

3. Измерение АД: на правой руке и любой ноге; ЭКГ; Рентгенография органов грудной клетки; ЭХО-КГ; Консультация врача-детского кардиолога.

4. Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность легочных полей за счет обеднения легочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.

5. Применение сердечных гликозидов до осмотра врачом-детским кардиологом не показано, так как может усиливать одышечно-цианотичные приступы.

**Тема 11** *Неотложная помощь детям грудного и раннего возраста при жизнеугрожающих состояниях*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Темы рефератов:*

1. *Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме, судорожном синдроме инфекционного и метаболического генеза (гипокальциемия)*
2. *Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности у детей младенческого возраста, приступе бронхиальной астмы, астматическом статусе*
3. *Алгоритм неотложной помощи при нейротоксикозе, отеке мозга*
4. *Алгоритм неотложной помощи при острой сердечной недостаточности, одышечно-цианотическом приступе*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*Устный опрос:*

- Алгоритм неотложной помощи при угрожаемых состояниях у детей грудного и раннего возраста: гипокальциемические судороги, судорожный синдром, гипертермический синдром («бледная» и «розовая» лихорадка), ДН, обструктивный синдром, астматический статус, острая сердечная недостаточность, одышечно – цианотический приступ.

**Тема 12** *Итоговое занятие*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***:*

*Тестирование: в информационной системе Университета*

*Защита истории болезни*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

*проверка практических навыков:*

**Перечень практических навыков**

1. Определение группы крови: техника проведения, показания
2. Постановка капельницы, внутривенное введение лекарственных препаратов
3. Реакция Сулковича: техника проведения, показания, противопоказания
4. Оксигенотерапия: виды, показания, противопоказания, техника проведения
5. Провести антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы
6. Копрограмма: показания, техника проведения, противопоказания
7. Функциональная проба по Шалкову. Проведение и оценка результатов: показания, техника проведения, противопоказания
8. Лечебные ванны (хвойные и солевые), гипоаллергенные
9. Очистительные клизмы
10. Постановка газоотводной трубки

**Перечень неотложной помощи:**

1. Оказать неотложную помощь и определить алгоритм действий при крапивнице ребенку 8 мес.
2. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при обмороке. Алгоритм действия.
3. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при коллапсе. Алгоритм действия.
4. Оказать неотложную помощь ребенку 10 мес при острой сердечной левожелудочковой недостаточности II Б ст. Алгоритм действия.
5. Оказать неотложную помощь ребенку 10 мес при острой сердечной правожелудочковой недостаточности. 4К II Б.Алгоритм действия.
6. Оказать неотложную помощь ребенку 1 года, страдающего ВПС-тетрады Фалло при одышечно-цианотическом приступе. Алгоритм действия..
7. Оказать неотложную помощь и определите алгоритм действий при гипертермическом синдроме (розовая лихорадка) ребенку 3 лет
8. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при судорожном синдроме (гипокальциемические судороги) ребенку 1 года
9. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при отеке мозга ребенку 1,5 лет
10. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при нейротоксикозе ребенку 8 мес.
11. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при бронхообструктивном ДН II синдроме ребенку 2 лет
12. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при приступе бронхиальной астмы ребенку 2 лет (легкий)
13. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действия при астматическом статусе ребенку 2,5 лет
14. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при крапивнице ребенку 8 мес
15. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при отеке Квинке ребенку 3 лет
16. Окажите неотложную помощь при пневмотоксикозе II степени при соматических заболеваниях ребенку 1,5 года. Алгоритм действий.
17. Окажите неотложную помощь ребенку 9 мес., имеющего лихорадку «розового» типа. Температура тела 39,9С. алгоритм действия.

*Задача по питанию:*

*Питание здорово и больного ребенка при анемии, гипотрофии, рахите, спазмофилии, гипервитаминозе, пневмонии, атопическом дерматите*

**Перечень задач по питанию:**

- питание при рахите, анемии, гипотрофии II – III степени, пневмонии, аномалиях конституции, бронхиальной астме – меню на 1 день. Особенности питания при хроническом гастродуодените, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, кардите, нефрите (столы по Певзнеру).

**Задача по питанию №1**

Назначить диету ребенку 10 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

2.Назовите суточный и разовый объем питания.

3.Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №2**

Назначить диету ребенку 7 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1.Составьте диету ребенку на 1 день

2.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

3.Назовите суточный и разовый объем питания.

4.Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №3**

Девочка 9 месяцев на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №4**

Мальчик родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 12 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?

2.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

3.Назовите суточный и разовый объем питания.

4.Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №5**

Назначить диету мальчику 5 месяцев, страдающему железодефицитной анемией тяжелой тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №6**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000г, длиной тела 49 см. С 3-х недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 6 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период прогрессирования, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №7**

Назначить питание мальчику 8 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получить?
3. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
4. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
5. Назначьте питание ребенку на 1 день

**Задача по питанию №8**

Мальчик, родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании с признаками лимфатического диатеза. В настоящее время ему 4 месяца.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №9**

Мальчик, рожденный с массой тела 3050г, длиной тела 49 см. С 2-х мес. находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 8 месяцев. У ребенка имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант, спазмофилия, явная форма.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №10**

Мальчик, родился массой тела 3000г. С 2-недельного возраста получает сцеженное женское молоко. В настоящее время ему 6 недель. У ребенка имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант, спазмофилия, явная форма.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

Составьте диету ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №11**

Девочка, рожденная с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ей 6 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №12**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 6 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №13**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 9 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

Назначьте питание ребенку на 1 день

**Задача по питанию №14**

Мальчик, родился с массой тела 3000 г, находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 10 месяцев. У ребенка имеет место лимфатический диатез.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №15**

Ребенок (девочка), родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 3 месяца.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №16**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 11 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №17**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 5 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия III степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №18**

Мальчик родился массой тела 3300 г, длиной 51 см. Находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 3 месяца, гипотрофия II ст., период прогрессирования.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначьте лечебное питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №19**

Мальчик, родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 10 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №20**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 5 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию № 21**

Мальчик, рожденный с массой тела 3500г, находится на неадаптированном искусственном вскармливании. В настоящее время ему 5 месяцев. Имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №22**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 9 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №23**

Ребенок (девочка) родился с массой тела 3000г. Находится на естественном вскармливании с явлениями экссудативно-катарального диатеза. В настоящее время ему 7 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назовите суточный и разовый объем питания.
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №24**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 9 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №25**

Назначить питание ребенку 10 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №26**

Назначить диету девочке 6 месяцев, на естественном вскармливании, страдающему атопическим дерматитом. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №27**

Назначить диету рдевочке 8 месяцев, страдающей железодефицитной анемией тяжелой степени тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №28**

Назначить питание мальчику 8 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №29**

Назначить диету мальчику 7 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №30**

Назначить диету мальчику 5 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №31**

Назначить питание мальчику 6 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №32**

Назначить диету мальчику 10 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №33**

Назначить питание девочке 9 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №34**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200г, находится на смешанном вскармливании 1- месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 6 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника Рахит II, период разгара, подострое течение, кальципенический вариант.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №35**

Мальчик, рожденный с массой тела 3300г, находится на естественном вскармливании с 2-хмес. В настоящее время ему 10 месяцев, с анемий средней степени тяжести.

1. Какую массу и рост должен иметь ребенок?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №36**

Назначить питание мальчику 5 месяцев, находящегося на искусственном питании, страдающему железодефицитной анемией легкой степени тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №37**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании с лимфатическим диатезом. В настоящее время ему 8 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №38**

Назначить питание девочке 9 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №39**

Мальчик родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 9 месяцев. Обструктивный синдром ДН II

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №40**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 6 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

*Перечень рецептов:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Название | Мнн |
| 1 | Мальтофер внутрь ребенку 9 месяцев |  |
| 2 | Зиртек ребенку 3 лет внутрь | Cetirizine |
| 3 | Преднизолон в/м ребенку 10 месяцев; внутрь 5 лет | Prednisolonum |
| 4 | Эспумизан ребенку 5 месяцев внутрь | Simethicone |
| 5 | Цефтриаксон в/м ребенку 1 года | Ceftriaxone |
| 6 | Амоксициллин ребенку 1т в/м | Amoxicillin |
| 7 | Супракс ребенку 3 лет внутрь | Cefixime |
| 8 | Супрастин в/м ребенку 2 лет | Chloropyramine |
| 9 | Актиферрин ребенку 5 месяцев внутрь | Ferrous sulfate + Serin |
| 10 | Парацетамол внутрь ребенку 4 мес | Paracetamolum |
| 11 | Арбидол внутрь ребенку 2 лет | Umifenovir |
| 12 | Витамин D Ребенку 7 мес | Colecalciferol |
| 13 | Креон ребенку 1 г внутрь | Pancreatin |
| 14 | Сумамед ребенку 1 г внутрь | Azithromycin |
| 15 | Фуросемид внутрь ребенку 7 мес | Furosemide |
| 16 | Мотилиум внутрь ребенку 9 мес сусп | Domperidone |
| 17 | Дигоксин ребенку 1 года | Digoxini |
| 18 | Строфантин ребенку 2 лет | Strophanthini |
| 19 | Верошпирон ребенку 6 месяцев | Spironolacton |
| 20 | Ибупрофен (ибуклин) ребенку 1 года внутрь | Ibuprofen |
| 21 | Анальгин 50% ребенку 2 лет в/м | Metamizolesodium |
| 22 | Элькар ребенку 8 месяцев внутрь | Levocarnitini |
| 23 | Бак-сет беби ребенку 1 года внутрь |  |
| 24 | Энтерол ребенку 5 лет внутрь | Enteroli |
| 25 | Дюфалак ребенку 3 лет внутрь | Lactulosae |
| 26 | Магний В-6 ребенку 3 лет |  |
| 27 | Седуксен (реланиум) ребенку 1 года в/м |  |
| 28 | Глюконат кальция 10% ребенку 6 месяцев в/в | Diazepami |
| 29 | Беродуал ребенку 6 месяцев внутрь | Fenoteroli  Ipratropii bromidi |
| 30 | Эреспал ребенку 2 лет внутрь | Fenspiridi |
| 31 | Пульмикорт ребенку 1 года внутрь ингаляции | Budesonidi |
| 32 | Виферон perrectum ребенку 2 лет | Interferoni alfa-2b |

*Параклинические данные:*

*ОАК, БАК (протеинограмма, липидограмма, глюкоза, кальций, фосфор, ЩФ, 25(ОН)Д3, калий, натрий, ферритин, трансферин, сывороточное железо, ОЖСС), иммунограмма IgE, оценка пикфлоуметрии, прокальцитонин; УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ЭХОКС+допплер, рентгенография органов грудной клетки*

**Модуль №2**

***НЕОНАТОЛОГИЯ***

**Занятие №1**

**Тема** Профилактическая, превентивная неонатология.

ЗАПОЛНИТЬ КАРТУ

**ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ**

Ф.И.О.матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата родов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Часы наблюдения | | | | |
| Сразу после  Рождения | Через 30 минут  после рождения | Через 60 минут  после рождения | Через 90 минут  после рождения | Через 120 минут  после рождения |
| T тела С0 |  |  |  |  |  |
| Контакт кожа к коже |  |  |  |  |  |
| Первое прикладывание к груди |  |  |  |  |  |
| Подпись акушерки |  |  |  |  |  |

**ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ УРОВЕНЬ ЛАКТАТА В ПУПОВИННОЙ КРОВИ(по показан.)**

**Дата, время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ммоль/л

**SрО2** правая рука \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SрО2** правая нога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Врач акушер-гинеколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-неонатолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ**

Ф.И.О. матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Палата № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ температура тела \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1-3ч** | **3-6ч** | **6-9ч** | **9-12ч** | **12-24ч** | **2**  **сутки** | **3**  **сутки** | **4**  **сутки** | **5**  **сутки** | **6**  **сутки** | **7**  **сутки** |
| Совместное пребывание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Раздельное пребывание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Температура тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Частота дыхания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Кожные покровы:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эластичные |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чистые, розовые  Сухие |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Опрелости |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Токсическая эритема |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пупочный остаток:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чистый |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гиперемирован |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мокнутие |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Глаза:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чистые |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Слезотечение |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гиперемия, отек |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отделяемое из глаз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение технике расположения и прикладывания к груди |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение уходу за новорожденным |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение сцеживанию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Состояние молочных желез:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Норма |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Трещины сосков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нагрубание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Плоские |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Оценка кормления грудью:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Приложен правильно |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сосет активно |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Срыгивание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Характер стула** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Мочеиспускание** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Поведение ребенка после кормления:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Спокоен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Беспокоен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Подпись медицинской сестры** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Ребенок А., мальчик. 3 сутки жизни.

Родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Из медико-биологического анамнеза матери известно: возраст 22 года, здорова. Б-1, Р-1.Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Отмечался токсикоз в первой половине беременности, на сроке 20 недель выявлена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 16 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Первые два часа жизни проводился «контакт кожа к коже», п*риложен* к груди в первые минуты жизни, сосал активно.

На третьи сутки жизни: температура тела 37,40С. Масса тела 3500 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. На лице выявлены небольшие единичные высыпания, общее состояние удовлетворительное. Покраснения наблюдаются в области ягодиц, спины, на сгибах локтей, под коленками.

Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Выделите пограничные состояния
3. Назначьте план обследования и лечения

***Оформление дневника курации НОВОРОЖДЕННОГО НА 1 СУТКИ***

**Осмотр новорожденного в отделении новорожденных**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата осмотра: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2018г Время \_\_\_\_:\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_\_\_ сутки жизни.

|  |  |
| --- | --- |
| t тела \_\_\_\_\_ С0  ЧД \_\_\_\_ в мин.  ЧСС \_\_\_ в мин  Вес \_\_\_\_\_\_\_\_г. | **Жалобы матери:**нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Состояние:** удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Крик** громкий/отсутствует/слабый/средней силы/раздраженный/пронзительный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Большой родничок**\_\_\_\_\_ х \_\_\_\_\_см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сосание**: да / нет. **Глотание**: да / нет. **Судороги**нет /есть. **Апноэ**нет / есть |
|  | **Рефлексы**: вызываются/не вызываются/ослаблены/усилены/живые\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ хватательный + / - сосательный + / - ; Бабкина + / - ; опоры + / - ; автоматической ходьбы + / - |
|  | **Мышечный тонус** в норме / повышен / снижен / отсутствует. Парез / паралич нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Кожа** розовая / бледная / серая / цианотичная / акроцианоз / гиперемированная / субиктеричная / иктеричная / сыпь есть / нет / токсическая эритема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подкожно-жировая** клетчатка развита достаточно / избыточно / слабо.  **Периферические отёки:**нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Глаза** чистые / отек век / гнойное отделяемое /серозное отделяемое.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **видимые слизистые** розовые / бледные / ярко розовые / чистые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Дыхательная система:** Грудная клетка: Цилиндрическая/бочкообразная/вздута  Участие вспомогательной мускулатуры нет / есть (умеренное / выраженное). Западение уступчивых мест грудной клетки нет / есть (умеренное / выраженное).  **Стон**нет/есть (слабый/умеренный/выраженный). **Одышка:** нет **/**есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Аускультативно** дыхание проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное справа/слева\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Хрипы** нет / есть: влажные /сухие /проводные / крепитирующие, единичные / в большом количестве, справа / слева.  **Система органов кровообращения:Тоны** сердца ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются. **Ритм:** ритмичный / аритмичный \_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Шум**нет / есть, систолический/диастолический/систоло-диастолический/не интенсивный / Локализация \_\_\_ межреберье справа / слева, pun. max.  **Кормление**: грудь матери: да /нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Срыгивания: нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Докорм: нет / да / назначен Сцеженное грудное молоко \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адап. молочная смесь « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Живот** мягкий / напряжён, вздут/ не вздут, пальпации доступен / недоступен, болезненный / безболезненный. **Печень, Селезенка:** не увеличена / увеличена**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Тазобедренные суставы: Разведение свободное/ограничено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Анус:** ДА/НЕТ. **Стул**есть/ нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Мочеиспускание**: да/нет. **Половые органы** жен. / муж. / не определенный пол.  **Остаток пуповины** на скобе / сухой / отслаивается. Пупочная ранка сухая / влажная / чистая / подкравливает (скудно / умеренно / обильно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Дополнительные данные:**

Туберкулез и вен. Заболевания нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пренатально выявлены пороки нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначения:**

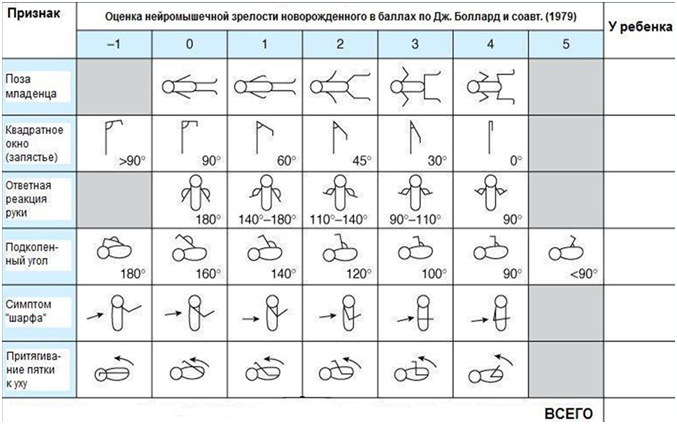
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

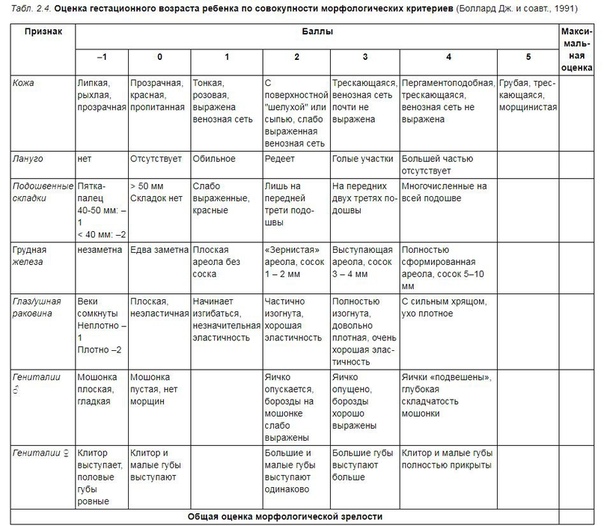
Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

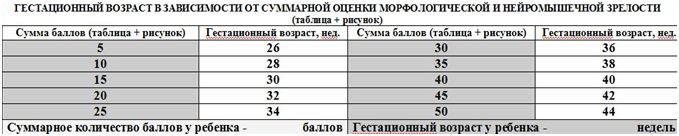
***Компьютерные презентации:***

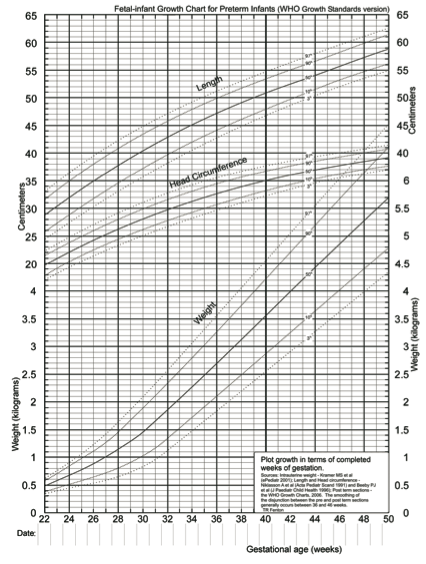
* *АНАТОМО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА*
* *ШКАЛА АПГАР*

**Оформление схем:**









**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ** новорожденного на срок гестации ребенка при рождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нед.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тесты**

1.Согласно рекомендациям ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности  … (нед.):

1. 20
2. 22
3. 26
4. 28

2.Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с:

1. периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
2. периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7 сутками (168 часов) после рождения
3. периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
4. 20 недель беременности и заканчивающийся 14 ю сутками после рождения

3.Доношенным считается новорожденный, родившийся со сроком гестации (нед.):

1. 28- 37
2. 37- 40
3. 37- 41
4. более 42

4.Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке гестации…. недель:

1. 22 -37
2. 28- 37
3. 36- 40
4. 37 -42

5.При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются:

1. бифидум бактерии
2. ацидофильные палочки
3. кишечные палочки
4. энтерококки

6.К транзиторным особенностям функций почек новорожденных не относится:

1. протеинурия
2. лейкоцитурия
3. олигурия
4. мочекислая нефропатия

7.Относительная влажность в отделении для новорожденных должна составлять…(%):

1. 45- 50
2. 55- 60
3. 60- 70
4. 80- 90

8.Для оценки зрелости новорожденного не используют шкалу:

1. Петруссо
2. Дубовица
3. Болларада
4. Довнеса

9.Организация и ответственность за выполнение комплекса санитарно противоэпидемических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в отделениях новорожденных и недоношенных детей возлагаются на:

1. старшую сестру отделения
2. заведующего отделением
3. врача ординатора
4. постовую медсестру

10.Шкала Петруссо характеризует зрелость:

1. неврологическую
2. морфологическую
3. биологическую
4. функциональную

11.Степень недоношенности определяется по:

1. шкале Петруссо
2. сроку гестации
3. массе тела
4. длине тела

12.Для активной иммунизации против гепатита В применяется:

1. живая вакцина
2. рекомбинантная дрожжевая вакцина
3. анатоксин
4. поливалентная вакцина

13.Транзиторные особенности метаболизма новорожденного не включают:

1. катаболическую направленность белкового обмена
2. анаболическую направленность белкового обмена
3. метаболический ацидоз
4. респираторный алкалоз
5. гликонеогенез

14. какие прививки делают новорожденному в родильном доме:

1. гепатит B

2. туберкулез

3. дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит

4. корь, краснуха, эпидемический паротит

15Какой скрининг не проводится новорожденным в родильном доме:

1. Скрининг на наследственные ферментопатии
2. Скрининг на врожденные пороки сердца
3. Аудиологический скрининг
4. Скрининг на гипогликемический профиль

16. Какие наследственные ферментопатии входят в скрининг новорожденного в родильном доме:

1. Фенилкетонурия
2. Болезнь Дауна
3. Галактоземия
4. Гипотиреоз
5. Муковисцедоз

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Осуществить подбор крови и ее компонентов для ОЗПК ребенку массой 3250кг. С ГБН по АВО системе (Приказ Минздрава России От 2 Апреля 2013 г. N 183н ≪Об Утверждении правил клинического использования донорской крови и (или)ее компонентов»)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Мальчик, 24 дня. Масса тела ребёнка при рождении -3200 г., длина 51 см. Особенности в родах- тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 7/7 б.

Беременность 3, протекала с анемией легкой степени, гестозом.

С рождения отмечался синдром дезадаптации в виде снижения физиологических рефлексов, лёгкого тремора конечностей. На НСГ патологии не выявлено. В родильном доме ребёнок пробыл 4 дня, затем был выписан на педиатрический участок с диагнозом «Риск гипоксического поражения ЦНС».

Со слов матери, у ребёнка в возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка нечастое. Ребёнок осмотрен педиатром. Поставлен диагноз «пилороспазм». Ребёнок был направлен на госпитализацию в стационар новорождённых в возрасте 24 дней жизни.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаков дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожно-жировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормится грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном».

Общеклинические анализы в норме.

**Вопросы:**

* + 1. Поставьте предварительный диагноз.
    2. Назначьте консультацию специалиста.
    3. Назначьте план обследования и лечения.

**Занятие №2**

**Тема Хроническая внутриутробная гипоксия плода.**

**Гипоксические поражения ЦНС.**

**Темы для компьютерных презентаций:**

1. Неонатальный скрининг;
2. Фенилкетонурия;Муковисцедоз; Галактоземия;Гипотиреоз;
3. Адреногенитальный синдром;
4. Аудиологический скрининг;

**Тесты**

1.Для отека головного мозга не характерно:

1. западение и пульсация большого родничка
2. выбухание и пульсация большого родничка
3. громкий монотонный плач
4. синдром рвоты и срыгивания
5. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦHС является:
6. субдуральное кровоизлияние
7. перивентрикулярное кровоизлияние
8. отек мозга
9. перивентрикулярная лейкомаляция

3.К основным звеньям патогенеза гипоксически ишемической энцефалопатии относятся:

1. уменьшение мозгового кровотока
2. увеличение мозгового кровотока
3. цитотоксический отек
4. клеточная дегидратация

4.Характерная локализация поражений мозга для доношенных новорожденных

1. субкортикальная лейкомаляция
2. парасагиттальное церебральное поражение
3. поражение базальных ганглиев
4. перивентрикулярная лейкомаляция

5.Для субарахноидального кровоизлияния не характерно:

1. гиперестезия
2. монотонный болезненный плач
3. срыгивания
4. выбухание большого родничка
5. судороги
6. западение родничка

6.При субарахноидальном кровоизлиянии уровень белка в ликворе:

1. увеличивается
2. не изменяется
3. уменьшается.
4. может как уменьшаться, так и увеличиваться

7.Степеней тяжести гипоксически ишемической энцефалопатии (по H.B. Sarnat и M.S. Sarnat) выделяют:

1. одну
2. две
3. три
4. четыре

8.Доза фенобарбитала при судорогах у новорожденных (мг/кг):

1. 10- 20
2. 100- 150
3. 0 ,2- 0,8
4. 2- 5

9.При подозрении на внутрижелудочковое кровоизлияние более всего информативным является следующее исследование:

1. Эхоэнцефалография
2. Рентгенография черепа
3. Нейросонография
4. Субокципитальна пункция

10. К основным клиническим симптомам синдрома внутрижелудочкового кровоизлияния третьей степени не относится:

1. шок
2. артериальная гипертензия
3. апноэ
4. угнетение до комы
5. судороги

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Ребенок В., мальчик, 3 сутки жизни. Масса 3150гр.

Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Остаток пуповины мумифицирован, на скобе. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

родился в срок 40 нед. с массой тела 3250 г.

Из анамнеза известно- Ребенок от первой беременности. Женщина встала на учет в женской консультации в восемь недель беременности. В первой половине отмечался легкий, непродолжительный токсикоз. В 20 недель беременности диагностирована анемия легкой степени – Нb 102 г/л. В 34-36 недель отмечались отеки на ногах. Общая прибавка в массе – 6 кг.

Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Первый период 17 часов 40 минут, второй период 20 минут. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые минуты жизни. Грудь сосет активно, питание усваивает, не срыгивает.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основные пограничные состояния
3. Назначьте план обследования и лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Техника проведения непрямого массажа сердца новорожденному. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

**ПРОВЕСТИ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО И ЗАПОЛНИТЬ ТАБЛИЦУ**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. Время осмотра \_\_\_\_\_. Возраст ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_часах жизни

Т тела \_\_\_\_\_°С, ЧСС \_\_\_\_\_ в мин., ЧДД \_\_\_\_\_ в мин., SaO2\_\_\_\_\_\_%

Жалобы матери: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее состояние: средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Кожные покровы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отеки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поза: флексии, полуфлексии, «лягушки», с вытянутыми конечностями.

Судороги/тремор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рефлексы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мышечный тонус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Большой родничок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Швы черепа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дыхание: спонтанное, кислородная палатка, лицевая маска, носовые катетеры,

Аускультативно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хрипы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Признаки пневмоторакса/гидроторакса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сердечные тоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симптом «белого» пятна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сек.

Живот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Печень\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Селезенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пуповина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половые органы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Анус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моча/диурез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Стул\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прочее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение:** тяжесть состояния ребенка на момент осмотра обусловлена дыхательной недостаточностью, глубокой незрелостью, гемодинамическими нарушениями, шоком, неврологической симптоматикой, судорожным синдромом, сердечной недостаточностью, интоксикацией (билирубиновой, инфекционным токсикозом), обменными нарушениями, другими причинами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В настоящее время состояние ребенка \_\_\_\_ требует перевода его в отделение реанимации новорожденных, в отделение реанимации хирургического профиля.

Ребенок оставлен в родильном отделении, палате ППН с матерью под наблюдением врача неонатолога отделения новорожденных в связи с отсутствием показаний к проведению реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

**Рекомендации:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (КШОНН) (В.А. Буштырев и соавт., 2005г.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Системы** | **Баллы** | **Клинические маркеры** |
| **1.** | **ЦНС** | **2** | отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия |
| **1** | мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр |
| **0** | нормальные рефлексы, нормальный тонус |
| **2.** | **Дыхательная система** | **2** | нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку |
| **1** | нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер |
| **0** | обходится без кислорода |
| **3.** | **Сердечно-сосудистая система** | **2** | выраженная брадикардия (<100 уд.в мин.) или тахикардия(>170 уд. в мин.), артериальная гипотония |
| **1** | умеренная тахикардия (160-170 уд.в мин.) |
| **0** | нормальная ЧСС, нормальное АД |
| **4.** | **Печень** | **2** | увеличена более 2 см |
| **1** | увеличение печени менее 2 см |
| **0** | размеры печени не увеличены |
| **5.** | **Мочевыделительная система** | **2** | анурия, гематурия |
| **1** | Олигоурия |
| **0** | нормальный почасовой диурез |
| **6.** | **Кожа** | **2** | выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера |
| **1** | умеренная бледность с периоральным и акроцианозом |
| **0** | нормальная окраска кожи |
| **7.** | **Температура тела** | **2** | гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0˚) |
| **1** | умеренная гипотермия (36,4˚-36,0˚С) |
| **0** | нормальная температура (36,5˚-37,20С) |

**14-10 баллов - крайне тяжелое состояние**

**9-6 баллов - очень тяжелое состояние**

**5-3 балла - тяжелое состояние**

**1-2 балла - состояние средней ст. тяжести**

**ЗАНЯТИЕ №3**

**Тема Задержка внутриутробного развития.**

**Недоношенные дети.**

**ОЦЕНИТЬ физическое развитие новорожденного по центильным таблицам**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Центили (масса тела)** |  | **Центили (длина тела)** | | | | |
| **3-10** | **10-25** | **25-75** | **75-90** | **90-97** |
| **90-97** | **Низкое резко дисгармоничное**  **ИМТ 2 степени** | **Нижесреднее резко дисгармоничное ИМТ 2 степени** | **Среднее резко дисгармоничное**  **ИМТ 2 степени** | **Вышесреднее резко дисгармоничное ИМТ 2 степени** | **Высокое резко дисгармоничное**  **ИМТ 2 степени** |
| **75-90** | **Низкое дисгармоничное**  **ИМТ 1 степени** | **Нижесреднее дисгармоничное ИМТ 1 степени** | **Среднее дисгармоничное ИМТ 1 степени** | **Вышесреднее дисгармоничное ИМТ 2 степени** | **Высокое дисгармоничное**  **ИМТ 1 степени** |
| **25-75** | **Низкое гармоничное** | **Нижесреднее гармоничное** | **Среднее гармоничное** | **Вышесреднее гармоничное** | **Высокое гармоничное** |
| **10-25** | **Низкое дисгармоничное**  **ДМТ 1 степени** | **Нижесреднее дисгармоничное**  **ДМТ 1 степени** | **Среднее дисгармоничное**  **ДМТ 1 степени** | **Вышесреднее дисгармоничное**  **ДМТ 1 степени** | **Высокое дисгармоничное**  **ДМТ 1 степени** |
| **3-10** | **Низкое резко дисгармоничное**  **ДМТ 2 степени** | **Нижесреднее резко дисгармоничноеДМТ 2 степени** | **Среднее резко дисгармоничное**  **ДМТ 2 степени** | **Вышесреднее резко дисгармоничное ДМТ 2 степени** | **Высокое резко дисгармоничное**  **ДМТ 2 степени** |

**Примечание:** ИМТ – избыток массы тела; ДМТ – дефицит массы тела

**Заключение:**

**22 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**23 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**24 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**25 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**26 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**27 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**28 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**29 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**30 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**31 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**32 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**33 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**34 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**35 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**36 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**37 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**38 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**39 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**40 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**41 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**42 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**43 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**44 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**45 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**46 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**47 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**48 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**49 нед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **ед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Техника расчета длины зонда в желудок новорожденному.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Ребенок Д., девочка, 1 сутки жизни. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы ярко-розового цвета, акроцианоз, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 2 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миатонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

Из медико-биологического анамнеза известно-от второй беременности, первых родов при сроке 36 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Выделите основной синдром

3. Назначьте план обследования и лечения.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1.Питание недоношенному ребенку с внутриутробной гипотрофией рассчитывается на …

1. долженствующий вес
2. фактический вес
3. вес при рождении

2.Понятие «асимметричная задержка внутриутробного развития» включает … вариант:

1. гипотрофический
2. гипопластический
3. диспластический

3.Задержка внутриутробного развития диагностируется, если морфологический индекс зрелости отстает на\_\_\_\_\_ и более недель от истинного  гестационного возраста.

1. 3
2. 2
3. 4

4.Вакцинацию БЦЖ детям с задержкой  внутриутробного развития проводят при достижении массы тела \_\_\_\_ г. и отсутствии противопоказаний к ней.

1. 1500
2. 2500
3. 3500

5.При гипопластическом варианте задержки внутриутробного развития уменьшены все параметры физического развития – ниже \_\_\_\_\_процентов центиля – при соответствующем гестационном возрасте.

1. 10
2. 20

6.Расчет питания у детей с задержкой внутриутробного развития производят только \_\_\_\_\_\_\_методом

1. калорий
2. Зайцевой

7.Фазы внутриутробного роста:

1. гиперплазия
2. гиперплазия и гипертрофия
3. гипертрофия

8.Установите соответствие

1 гипотрофический вариант

2 гипопластический вариант

3 диспластический вариант

А. дефицит массы по отношению к длине тела

Б.дефицит  массы,  длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации

В. дефицит длины тела, наличие пороков развития и множественных стигм дисэмбриогенеза

Г. дефицит окружности головы и груди по отношению к сроку гестации

9.Установите соответствие

1. 1 степень гипотрофии

2. 2 степень гипотрофии

3. 3 степень гипотрофии

А. массо ростовой коэффициент 59 55

В. массо ростовой коэффициент 54 51

Б. массо ростовой коэффициент менее 50

Г. массо ростовой коэффициент 60 70

10.Для детей с задержкой внутриутробного развития в период адаптации не характерно развитие…

1. гипохлоремии
2. гипергликемии
3. гипербилирубинемии
4. полицитемии

**ЗАНЯТИЕ №4 Респираторный дистресс-синдром**

**СОБРАТЬ**

**Анамнез матери**

История родов № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст матери \_\_\_\_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_ резус фактор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гемотрансфузии в анамнезе: да/нет

Вредные привычки: курение\_\_\_\_\_\_\_ алкоголь\_\_\_\_\_\_\_\_ наркотики \_\_\_\_\_\_\_\_ другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Соматические заболевания матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВИЧ\_\_\_\_\_\_\_\_ RW\_\_\_\_\_\_\_ HbsAg \_\_\_\_\_\_\_ гепатит С \_\_\_\_\_\_\_ Tbc \_\_\_\_\_\_\_\_ другие\_\_\_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Предыдущие беременности:** аборт\_\_\_\_\_\_\_ выкидыш\_\_\_\_\_\_\_ замершая беременность\_\_\_\_\_\_\_

Преждевременные роды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срочные роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Настоящая беременность:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на учете в ж/к с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_недель / не наблюдалась

Течение беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследование на инфекции:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Титр антител (при наличии)\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прием антибиотиков: препарат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок беременности

Профилактика СДР: срок беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель, препарат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

доза \_\_\_\_\_\_\_\_ курс закончен / не закончен.

Профилактика ВИЧ: проводилась / не проводилась.

Мать согласна на проведение АРВТ: да / нет. Подпись матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УЗИ во время беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Роды** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок гестации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нед.

Предлежание: головное / ягодичное / ножное / поперечное.

Кесарево сечение да / нет. Экстренное да / нет. Показания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности течения родов, пособия (перинеотомия, акушерские щипцы, вакуумэкстракция, другие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Показания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности случая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К анатомо физиологическим особенностям органов дыхания у новорожденных детей не относится…

1. узкий просвет бронхов
2. широкий просвет бронхов
3. богатая васкуляризация
4. брюшной тип дыхания
5. физиологическое тахипноэ.

77.Основной причиной аспирации у новорожденных является:

1. недоношенность
2. гипоксия плода
3. инфекционные заболевания матери
4. врождённый порок сердца.

78.К факторам, стимулирующим созревание сурфактанта не относится:

1. стрессовые ситуации плода
2. преждевременное отхождение околоплодных вод
3. гормоны коры надпочечников и щитовидной железы
4. кислородотерапия

79.Самым эффективным методом диагностики внутриутробной гипоксии плода и профилактики синдрома аспирации мекония является:

1. аускультация сердцебиений плода
2. амниоцентез
3. кардиотокография
4. фетоскопия

80.Наиболее важным этиологическим фактором респираторного дистресс синдрома является:

1. незрелость системы сурфактанта
2. внутриутробная инфекция
3. внутриутробная гипоксия
4. аспирация околоплодными водами.

81.Основной причиной развития бронхолёгочной дисплазии является:

1. аспирация мекония
2. рассеянные ателектазы
3. бактериальная пневмония
4. токсическое действие кислорода

82.Лёгкие плода можно считать зрелыми, если коэффициент лецитин/сфингомиелин в околоплодных водах равен:

1. 1/1
2. 2/1
3. 1/2
4. 1/3

83.Существует … пути синтеза сурфактанта

1. один
2. два
3. три
4. четыре

84.Синдром аспирации мекония чаще встречается:

1. у недоношенных
2. у доношенных
3. у переношенных
4. не зависит от гестационного возраста.

85.Оптимальное время для использования сурфактанта:

1. первые 15 30 минут после рождения
2. конец первых суток после рождения
3. не учитывается временной фактор

86.Одышка при болезни гиалиновых мембран появляется:

1. к концу первых суток жизни
2. к концу первой недели жизни
3. в течение первого часа после рождения
4. в возрасте одного месяца

87.Препараты, используемые антенатально с целью профилактики СДР при угрозе преждевременных родов:

1. глюкокортикоиды
2. витамины группы В
3. витамины А и Е
4. иммуностимуляторы

88.Клинические проявления синдрома “влажных” лёгких (транзиторное тахипноэ новорожденных) появляются:

1. сразу после рождения
2. к концу первых суток
3. на 3 и сутки жизни.
4. к концу первой недели

89.Синтез сурфактантных протеинов ускоряет:

1. глюкокортикоиды
2. инсулин
3. адреналин
4. эстрогены

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Неврологический осмотр новорожденного. Физиологические рефлексы новорожденного. Измерение БР, швов и родничков.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка 7 сутки жизни. Масса тела при рождении 2000 г, ростом 44 см родилась при сроке беременности 34 недели. Беременность протекала на фоне ОРВИ. Роды самостоятельные, в ягодичном предлежании.

Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов, на 5-ой минуте - 6 баллов. БР 2,5х3,0 см. кости черепа мягкие, податливые, швы открыты, краниотабес, лануго на верхнем плечевом поясе и волосистой части головы, большое колическтво vernix caseosa, акроцианоз SaO2 - 87%. На лице и теле -петехиальная сыпь. Уши недоразвиты, ногтевые пластинки не покрывают полностью ногтевое ложе, соски и ареола пигментированы слабо, наблюдается открытая половая щель. Двигательная активность снижена.отмечается деформация грудной клетки по типу воронкообразной груди (грудина втянута внутрь) Частота дыхания 65 -70 в минуту. Дыхание в легких проводится по всем полям, крепитация, ослаблено, отмечается участие вспомогательной мускулатуры. 3-4 балла по шкале Сильвермана. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 154 в минуту. Живот мягкий. Меконий отошел в родзале.

Проведено обследование новорожденного.

**НСГ Заключение:** признаки недоразвития ткани мозга.

**УЗИ** внутренних органов - без видимой патологии.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОАК** | Hb | Эр | Ht | Тр/ц | L | Мие/ц | э | п/я | с/я | л/ц | Мон |
|  | 255 | 4,63 | 0,47 | **354** | 6,1 |  | 1 | 3 | 70 | 23 | 3 |

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения.

ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО

**Шкала Downes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Баллы | Частота дыхания | Цианоз | Втяжения грудной клетки | Затрудненный выдох (стон) | Характер дыхания при аускультации |
| 0 | <60 | Нет при 21% О2 | Нет | Нет | Пуэрильное |
| 1 | 60-80 | Есть, исчезает при 40% О2 | Умеренное | Выслушивается стетоскопом | Изменено или ослаблено |
| 2 | >80 или апноэ | Исчезает при О2>40% | Значительное | Слышно на расстоянии | Плохо проводится |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Дата осмотра\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время осмотра | | | | | | | Дата осмотра\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время осмотра | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Частота дыхания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цианоз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Втяжения грудной клетки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Затрудненный выдох (стон) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Характер дыхания при аускультации |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ**

**Шкала Сильвермана**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Клинические признаки** | **Оценка в баллах** | | |
|  | **0** | **1** | **2** |
| Движение грудной клетки | Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания | Аритмичное, неравномерное дыхание | Парадоксальное дыхание |
| Втяжение межреберий | Нет | Не резко выражено | Резко выражено |
| Втяжение грудины | Нет | Не резко выражено | Резко выражено |
| Положение нижней челюсти | Рот закрыт, нижняя челюсть не западает | Рот закрыт, нижняя челюсть западает | Рот открыт, челюсть западает |
| Дыхание | Спокойное, ровное | При аускультации слышен затрудненный выдох | Стонущее, слышно на расстоянии |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время осмотра | | | | | | | Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время осмотра | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Движение грудной клетки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Втяжение межреберий |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Втяжение грудины |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Положение нижней челюсти |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ВСЕГО баллов** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАНЯТИЕ№5**

**Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных**

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1.Физиологическое содержание билирубина в пуповинной крови…  (мкмоль/л)

1. 40
2. 70
3. 80
4. 100

2.Основным свойством непрямого билирубина является:

1. растворимость в воде
2. растворимость в липидах
3. отсутствие нейротоксичности
4. прочная связь с альбумином

3.Факторами риска билирубиновой энцефалопатии у новорождённых не является:

1. повышенная чувствительность нейронов головного мозга к непрямому билирубину
2. сниженная способность альбумина связывать молекулы непрямого билирубина
3. повышенная способность альбумина связывать молекулы непрямого билирубина
4. повреждение гематоэнцефалического барьера

4.Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми

1. выше
2. ниже
3. такая же
4. индивидуальна в каждом случае

5.Токсичным для ЦНС является

1. прямой билирубин
2. непрямой билирубин
3. оба вещества не обладают токсичностью
4. токсичны оба вещества

6.Гемолитическая болезнь новорожденного при I беременности обусловлена чаще несовместимостью крови матери и плода по системе…

1. АВО
2. резус
3. Келл
4. Левис

7.Более тяжелое течение гемолитической болезни новорожденного отмечается при несовместимости крови матери и плода по системе…

1. АВО
2. резус
3. Рh
4. Левис

8.Желтуха при гемолитической болезни новорожденного появляется на …. день жизни

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

9.Положительный прямой тест Кумбса характерен для:

1. гипопластической анемии
2. наследственной микросфероцитарной анемии
3. резус конфликта
4. коньюгационной желтухи

10.Наиболее значимыми лабораторными показателями гемолитической болезни новорожденного являются…

1. повышение уровня непрямого билирубина
2. повышение активности трансаминаз
3. анемия
4. гипергликемия
5. повышение уровня прямого билирубина

11.Оптимальным методом консервативной терапии непрямой гипербилирубинемии является…

1. фототерапия
2. лечение фенобарбиталом
3. инфузионная терапия
4. применение энтеросорбентов

12.С целью предупреждения ОЗПК новорожденным с ГБН целесообразно назначать

1. пентаглобин
2. антирезусный иммуноглобулин
3. неоцитотект
4. стандартные иммуноглобулины для внутривенного введения

13. Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного порезус фактору используют эритроцитарную массу:

1. 0 (I) Rh положительную
2. Rh отрицательную, совместимую с сывороткой матери и ребенка
3. группы крови ребенка Rh положительную
4. группы крови матери Rh отрицательную

14.Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по АВО системе используют эритроцитарную массу:

1. О(I) и плазму О(I)
2. О(I) и плазму AB(IV)
3. группы крови ребенка и плазму AB(IV)
4. плазму группы крови ребенка

15Для проведения операции заменного переливания крови препараты крови используются в соотношении

1. 1/2 эритроцитарной массы, 1/2 плазмы
2. 1/3 эритроцитарной массы, 2/3 плазмы
3. 3/4 эритроцитарной массы, 1/4 плазмы
4. 2/3 эритроцитарной массы, 1/3 плазмы

16.Последовательность развития билирубиновой энцефалопатии: фазы….

1. билирубиновой интоксикации
2. прогрессирования
3. ложного благополучия
4. формирования неврологических осложнений

17. Специфическая профилактика гемолитической болезни в плановом порядке проводится…

1. при планировании беременности
2. в первом триместре беременности
3. на сроке 28 нед. беременности и в течение 48- 72 ч после родов
4. при развитии родовой деятельности

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Осуществить подбор крови и ее компонентов для ОЗПК ребенку массой 3250кг. С ГБН по АВО системе (Приказ Минздрава России От 2 Апреля 2013 г. N 183н ≪Об Утверждении правил клинического использования донорской крови и (или)ее компонентов»)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, возраст 6 сутки жизни. Родилась от III беременности, I срочных родов. Первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 8-ой и 12-ой неделях. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии II степени. Дважды, в 6 и 18 недель мать перенесла ОРВИ. Матери 35 лет, отцу 43 года. Продолжительность родов 16 часов. Масса тела девочки при рождении - 2550 г., длина - 49 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте - 6 баллов, на 5 минуте - 8 баллов.

Ребенок при осмотре на 2-е сутки жизни вялый, крик слабый, отмечается мышечная гипотония. Рефлексы орального автоматизма живые. Защитный рефлекс вялый, выявляется после длительной латентной фазы. Рефлекс ползания практически отсутствует. Рефлексы опоры и автоматической походки вялые. Кожа сухая, бледно-розовая, акроцианоз. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается деформация ушных раковин, высокое небо, прогнатизм, гипертелоризм сосков.

При обследовании получены следующие результаты:

**НСГ Заключение:** Умеренное повышение эхогенности в перивентрикулярной области.

**УЗИ** внутренних органов без видимой патологии.

**ОАК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОАК** | Hb | Эр | Ht | Тр/ц | L | Мие/ц | э | п/я | с/я | л/ц | Мон |
|  | 155 | 4,63 | 0,47 | **354** | 6,1 |  | 1 | 3 | 70 | 23 | 3 |

Биохимический анализ крови: общий билирубин на 6 сутки жизни - 185 мкмоль/ л

В последующие дни состояние ребенка улучшилось. Стала активнее сосать грудь матери, рефлексы периода новорожденности живые. Убыль массы составила 200г. С 6-го дня начал прибавлять в массе. Сохранялась слабая желтушность кожи. Выписан на 7 день жизни с массой тела 2500г в удовлетворительном состоянии.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения.

**Дата** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_г

**Время** \_\_\_\_:\_\_\_\_

t тела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЧД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в‘

ЧСС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в‘

Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г

Убыль \_\_\_\_\_ (\_\_\_%)

**ПРОВЕСТИ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО, ОБОСНОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**\_\_\_\_\_\_\_ сутки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Жалобы матери:** нет/есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состояние**: удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / Стабильное / нестабильное / с ухудшением /с улучшением / без изменений **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

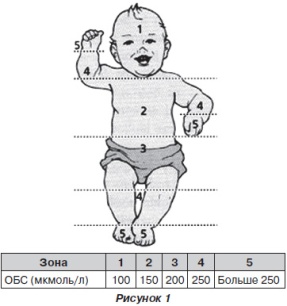
**Кормление**: Грудь матери да/нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Срыгивания**: нет/да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Докорм** нет/да/назначен. Сцеженное грудное молоко \_\_\_\_\_\_\_ адап. молочная смесь \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Крик:** громкий/отсутствует/слабый/средней силы/раздраженный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**мышечный тонус:**в норме / повышен / снижен / отсутствует.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**рефлексы:** вызываются /не вызываются / ослаблены / усилены / живые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кожа:** розовая/бледная/цианотичная/акроцианоз/гиперемированная/субиктеричная/иктеричная уровень билирубина билитестом \_\_\_\_\_\_. Повысился / понизился / на прежнем уровне. По Крамеру \_\_\_ зона. Согласно клиническим рекомендациям РОН: фототерапия показана нет/да **сыпь**нет / есть / токсическая эритема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **видимые слизистые** розовые/ бледные/ ярко розовые /чистые/

**пупочный остаток/ пупочная ранка:** на скобе/отпал/сухая/влажная/чистая/подкравливает

**Дыхание** проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Хрипы** нет / есть: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тоны сердца:** ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются / ритмичные / аритмичные

**Шум**: нет / есть. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Живот:** мягкий / напряжён, вздут/ не вздут Печень, Селезенка:не увеличена / увеличена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Стул** да / нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Мочится** да / нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дополнительные данные:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАНЯТИЕ №6 Врожденные инфекции**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

1.Новорожденные с риском возникновения гнойно воспалительных заболеваний относятся к группе здоровья:

1. I
2. IIА
3. IIБ
4. III

2.Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием

1. вялых пузырей
2. узелков
3. напряженных пузырей
4. экхимозов

3.Возбудители токсоплазмоза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. простейший
2. Гр(-) кокки
3. Гр(+) кокки

4.Для мокнущего пупка у новорожденных характерно:

1. отек и гиперемия книзу от пупочной раны
2. серозное отделяемое из пупочной раны
3. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной ранки
4. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями

5.Парезы, параличи чаще всего бывают исходом внутриутробно перенесенного:

1. сифилиса
2. краснухи
3. токсоплазмоза
4. листериоза

6.Восходящий путь инфицирования более характерен при внутриутробной инфекции для:

1. токсоплазмы
2. листерий
3. вируса краснухи
4. цитомегаловируса

7.Гнойный омфалит новорожденных характеризуется:

1. отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной раны
2. положительным симптомом Краснобаева
3. грибовидной опухолью на дне пупочной раны
4. отеком и гиперемией книзу от пупочной раны

8.Микоплазма вызывает развитие:

1. пневмонии
2. сепсиса
3. везикулеза
4. гидроцефалии

9.Для фунгуса пупка у новорожденного характерно:

1. грибовидная опухоль на дне пупочной раны
2. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
3. положительный симптом Краснобаева
4. отек и гиперемия книзу от пупочной раны

10.Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:

1. очаговой
2. интерстициальной
3. полисегментарной
4. очагово -сливной

11.Первая вакцинация против гепатита В проводится в возрасте:

1. первые 24 часа жизни ребенка
2. 3 месяца
3. 1 год

12.Установите соответствие

1. ЦМВ

2. герпес

3. сифилис

А. цитотект

Б. ацикловир

В. ретарпен

Г. викасол

106.Недостаточность какой из перечисленных функций кожи у новорожденных имеет место в развитии инфекционно-воспалительных заболеваний кожи…

1. защитная
2. терморегуляционная
3. дыхательная
4. синтетическая (витаминообразующая)
5. потоотделение

107.Какая реакция кожи обеспечивает ее бактериальные свойства…

1. : нейтральная
2. : кислая
3. : щелочная
4. : слабощелочная

108.К особенностям течения гнойной инфекции у детей не относится

1. : богатство лимфоидной ткани
2. : генерализованный характер реакций
3. : повышенная проницаемость естественных барьеров
4. : зрелая иммунная система.

109.Покраснение и припухлость околоногтевого валика по краю ногтя гной под кожей – это…

1. :паронихий
2. : кожный панариций;
3. : флегмона;
4. : абсцесс:
5. : подкожный панариций

110.При выборе антибиотика не учитывается

1. : характер микрофлоры;
2. : чувствительность микрофлоры;
3. : токсичность антибиотика:
4. : совместимость с другими препаратами;
5. : вкусовые качества препарата

111.На голени воспаление ярко красного цвета с резко очерченными  границами. Кожа отечна, болезненность по периферии, тенденция к распространению процесса это…

1. : фурункул
2. : карбункул
3. : флегмона
4. : рожистое воспаление
5. : абсцесс подкожной клетчатки.

112.Острое воспаление грудной железы, осложнение физиологического нагрубания желез – это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. : мастит
2. : гидраденит

113.Экссудация, как фаза течения раневого процесса, протекает…сутки:

1. : 1
2. : 4
3. : 6
4. : 7

114.Хирургическая обработка гнойной раны не способствует

1. : ускорению заживления раны
2. : снижению интоксикации
3. : купированию раневой инфекции
4. : предупреждению генерализации инфекционного процесса
5. : длительному заживлению раны

115.Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает на … сутки:

1. : первые
2. : 2- 4
3. : 5- 6
4. : 7- 10

116.Чем обусловлена возможность развития флегмоны новорожденных только в неонатальном периоде…

1. : высокой проницаемостью кожных покровов новорожденного
2. : особенностями строения сосудистой сети кожи и подкожной клетчатки
3. :особенностями иммунитета новорожденного
4. : особенностями центральной нервной системы новорожденного

117.Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием:

1. : вялых пузырей
2. : узелков
3. : напряженных пузырей
4. : экхимозов

118.При осмотре здорового ребенка в возрасте 3 дней нельзя выявить

1. : шелушение кожи
2. : эритема
3. : желтушная окраска кожи
4. : обильное потоотделение

119.К клиническим проявлениям адипонекроза у новорожденных не относится

1. : пятнистой гиперемии
2. : нормальной местной температуры
3. : локальной болезненности
4. : повышение температуры тела.

120.Чаще всего у новорожденных детей встречаются

1. : тератомы
2. : гемангиомы
3. : лимфангиомы
4. : саркомы

121.Основная функция бурой жировой ткани

1. : защитная
2. : выделительная
3. : теплоотдачи
4. : теплопродукция

122. Для врожденного ихтиоза не характерно:

1. : необильное шелушение
2. : тело ребенка покрыто мягким панцирем
3. : рот зияет («рыбий рот»)
4. : глубокие красные трещины, выделяющие кровянистую жидкость

123.К неинфекционным заболеваниям кожи и подкожно жировой клетчатки можно отнести:

1. : фурункулез
2. : флегмона
3. : панариций
4. : врожденный ихтиоз

124.Для врожденного буллезного эпидермолиза не характерно

1. : пузыри с серозно гнойным или геморрагическим содержимым
2. : образуются на видимо здоровой коже
3. : преимущественно на разгибательных поверхностях локтей
4. : легкое течение

125.К формам врожденного буллезного эпидермолиза не относится

1. : простой буллезный эпидермолиз
2. : летальный злокачественный буллезный эпидермолиз
3. : гиперпластический  дистрофический буллезный эпидермолиз
4. : гнойный мастит новорожденных
5. : рецессивная дистрофическая форма буллезного эпидермолиза

126.Дифференциальный диагноз буллезного эпидермолиза проводят с:

1. : врожденным сифилисом
2. : буллезной ихтиозоформной эритродермией
3. : эксфолиативным дерматитом Риттера
4. : с рожистым воспалением

127.Для синдрома Элерса Данлоса не характерно

1. : гиперподвижность суставов
2. : повышенная ранимость кожи
3. : склонность к кровоточивости
4. : подвывих хрусталика
5. : тугоподвижность суставов

128.В каком возрасте полностью эпителизируется пупочная ранка в норме…

1. : к концу 1-й недели
2. : в возрасте 2- 3 недель
3. : к концу 1 го месяца
4. : на 2-м месяце

129.Для фунгуса пупка у новорожденного характерно:

1. грибовидная опухоль на дне пупочной раны
2. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
3. положительный симптом Краснобаева
4. отек и гиперемия книзу от пупочной раны.

130.Для мокнущего пупка у новорожденных характерно:

1. отек и гиперемия книзу от пупочной раны
2. серозное отделяемое из пупочной раны
3. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной ранки
4. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями

131.Гнойный омфалит новорожденных характеризуется:

1. отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной раны
2. положительным симптомом Краснобаева
3. грибовидной опухолью на дне пупочной раны
4. отеком и гиперемией книзу от пупочной раны.

132.Причиной вторичного рецидивирующего омфалита является…

1. фунгус пупочной ранки
2. неполный инфицированный свищ пупка
3. флегмона пупка
4. "кожный пупок"

133.Как следует обработать оболочки грыжевого мешка при рождении ребенка с эмбриональной грыжей пупочного канатика …

1. наложить антисептическую мазевую повязку
2. обработать 65% раствором перманганата калия
3. обработать 1%  йодной настойкой и 70% спиртом
4. наложить сухую асептическую повязку

134.Hа ….. день после отпадения культи пуповины можно поставить диагноз полного свища пупка

1. 1 й
2. 3 й
3. 5 й
4. 10 й

135.Воспалительный процесс кожи и подкожной клетчатки в области пупка \_\_\_\_

1. омфалит
2. гидраденит

136.К проявлениям гангрены пупочного канатика не относится

1. пупочный остаток грязно бурого цвета
2. неприятный гнилостный запах
3. пупочный канатик влажный, отечный
4. "кожный пупок".

137.Некрэктомия проводится при

1. катаральном омфалите
2. фунгусе пупка
3. гангрене пупочного канатика

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Техника подсчета ЧСС у новорожденного в родзале. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Мальчик , 7 сутки жизни.

Антропометрические данные при рождении: вес – 3250 г., рост – 50 см., окружность головы - 35 см., окружность груди 32 см.

Из анамнеза известно: ребенок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне анемии беременных, 2 родов. В анамнезе у матери 1 медицинский аборт. Роды произошли на 40-й неделе гестации, оценка по Апгар в конце 1-ой минуты – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов.

С первых минут находится на совместном пребывании с материю, кормится грудью в режиме «по требованию», в течении первых двух часов жизни проводился «контакт кожа к коже». Выписан домой на 4 сутки жизни с массой 3050 гр.

При первом патронаже на дому участковый педиатр отмечает удовлетворительное состояние новорожденного, субиктеричный цвет кожных покровов с участками мелко-пластинчатого шелушения на животе и груди, симметричное увеличение молочных желез, пигментацию сосков и мошонки, множественные беловатые узелки на крыльях носа. Пуповинный остаток на скобе, кожа вокруг не изменена.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Выделите адаптационные состояния.

3. Назначьте план обследования и лечения.

|  |
| --- |
| ОФОРМИТЬ ВЦЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ |
| Ф.И.О. Матери: Возраст: |
| Адрес: |
| Дата родов: Беременность: |
| Роды: |
| I период II период б/п воды |
| Пол ребенка муж., жен. Масса г. Длина см. |
| Окружность головы см; груди см. Оценка по Апгар балл |
| Гр.крови Rh матери Гр.крови Rh ребенка |
| Контакт «кожа к коже» 2 часа да/нет |
| Приложен к груди в родзале да/нет; на сутки |
| Реанимационные мероприятия |
| Состояние при рождении |
| Диагноз при рождении: |
| Вскармливание: грудное; искусственное (указать причину) |
| Совместное пребывание: да/нет |
| Физиологическая желтуха с суток. |
| Пуповина отпала на сутки; осталась на скобе. |
| Получал лечение |
| ОАК |
| Билирубин м/м |
| НСГ |
| ЭхоКС |
| Консультация специалистов |
| Аудиологический скрининг |
| Обследование на ФКУ,ВГ,МВ,ГЭ,АГС дата |
| Вакцинация от гепатита В: 0,5 в/м С |
| Вакцинация от туберкулеза: БЦЖ: сутки 0,05 в/к |
| Серия Контроль Годность |
| Выписан на сутки Масса при выписке г. |
| Диагноз: |
| Группа здоровья: |
| Рекомендации: Грудь матери по требованию |
| Дата: Врач-неонатолог: |

**ЗАНЯТИЕ№7 Родовая травма**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

1.Повреждение позвоночного столба, относящиеся к относительно стабильным

1. подвывих
2. спондилоэпифизиолиз
3. частичное повреждение мышц и связок
4. компрессионный перелом тел позвонков

2.Основным в лечении новорожденных с интранатальной травмой шейного отдела позвоночника в родильном доме является.

1. дегидратация
2. иммобилизация головы и шеи
3. электрофорез
4. репозиция смещённых шейных позвонков

3.К основным принципам лечения внутричерепной мозговой травмы у новорожденного в остром периоде не относится… .

1. охранительный режим
2. гемостатическая терапия
3. дегидратационная терапия
4. антибактериальная терапия

4.Иммобилизацию шейного отдела позвоночника у новорожденных с интранатальной спинальной травмой в родильном доме следует осуществить с помощью

гипсового воротника

1. жесткого корсета
2. ватно марлевого валика

5.Механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга при разгибательных вставлениях головки.. .

1. ротационный
2. сгибательно компрессионный
3. дистракционный
4. компрессионный

6.Непосредственной причиной родовой травмы является:

1. гипоксия
2. задержка внутриутробного развития
3. недоношенность
4. чрезмерная защита промежности

7.Акушерский парез типа Дюшенна Эрба характеризуется…

1. периферическим парезом ноги
2. периферическим парезом проксимального отдела руки
3. центральным монопарезом руки
4. периферическим парезом дистального отдела руки.

8.Для отека головного мозга не характерно…

1. выбухание и пульсация большого родничка
2. западение большого родничка
3. громкий монотонный плач
4. синдром срыгивания и рвоты

9.Акушерский парез типа Дежерин Клюмпке характеризуется…

1. центральным монопарезом ноги
2. центральным монопарезом руки
3. периферическим парезом проксимального отдела руки
4. периферическим парезом дистального отдела руки

10.К калийсберегающим диуретикам относится…

1. диакарб
2. верошпирон
3. фуросемид
4. гипотиазид

11.Срок, необходимый для стабилизации поврежденного в родах сегмента позвоночного столба за счет развития соединительной ткани (дней):

1. 5- 7
2. 10- 14
3. 20- 30
4. 40-50

12.Наиболее часто встречающиеся морфологические проявления интранатальной спинальной травмы у доношенных детей.

1. полный разрыв мозга
2. кровоизлияние в вещество мозга
3. субдуральное кровоизлияние
4. эпидуральное кровоизлияние

13.Повреждение, наиболее часто встречаемое при извлечении плода с помощью акушерских щипцов….

1. центральный парез лицевого нерва
2. периферический парез лицевого нерва
3. перелом плеча
4. псевдобульбарный паралич

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Техника подсчета ЧДД у новорожденного в родзале. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка от 1 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза первой половины, во второй половине - угроза прерывания беременности в 20-22 недели, 28 недель, ОПГ - гестоз средней степени тяжести. У мамы бронхиальная астма с 12 лет. Роды на 34 недели беременности. Тугое обвитие пуповиной шеи плода. Ягодичное предлежание. Ребенок рожден с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, весом 2100 г, длиной 42 см. С рождения состояние средней тяжести.

Через 3 дня после рождения отмечается беспокойство, «мозговой» крик, повышение двигательной активности, гиперестезия. Рефлексы новорожденных оживлены. Мышечный тонус дистоничен. Симптом Грефе. Нечеткая ригидность затылочных мышц. Б. родничок пульсирует. t -37,8 С. Кожа бледно-розовая. В легких дыхание пуэрильное. ЧД 50 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 154 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +1,5 см.

В общем анализе крови

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОАК** | Hb | Эр | Ht | Тр/ц | L | Мие/ц | э | п/я | с/я | л/ц | Мон |
|  | 155 | 4,63 | 0,47 | **354** | 11,1 |  | 1 | 3 | 70 | 23 | 3 |

При исследовании ликвора – обнаружены свежие и выщелоченные эритроциты, умеренное повышение белка.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Выделите признаки недоношенности

Назначьте план обследования и лечения.

**ЗАНЯТИЕ№8 Родовая травма**

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, 15 суток жизни.

Из анамнеза известно- ребенок от 1-ой беременности, протекавшей на фоне гестоза, ХФПН, гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800 г., длиной - 34 см., с оценкой по Апгар 3/5 баллов.

Выхаживается в палате интенсивной терапии и реанимации в кувезе.

С рождения состояние очень тяжелое, клиника РДС, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК IIIcт. Кормилась через зонд сцеженным обогащенным грудным молоком матери.

На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой: отмечается подъем температуры тела до 38o, крик слабый, снижение физиологических рефлексов, срыгивания, ребенок не сосет зонд, остаточный обьем в желудке, живот вздут, петли кишечника контурируют через переднюю брюшную стенку, аускультативно-перестальтики не слышно, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов, тахикардия, сердечные тоны приглушены, симптом белого пятна 3 сек, акроцианоз, конечности холодные на ощупь, стула нет, диурез 2 мл/час

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОАК** | Hb | Эр | Ht | Тр/ц | L | СОЭ | э | п/я | с/я | л/ц | Мон |
|  | 95 | 2,63 | 0,47 | **354** | 28,1 | 16 | 1 | 12 | 70 | 23 | 3 |

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Какие основные синдромы
3. Назначьте план обследования и лечения

**Темы для компьютерных презентаций:**

1. Анатомо-физиологические особенности ЦНС недоношенного новорожденного.
2. Принципы эффективности и проведения фототерапии.

**ЗАНЯТИЕ№9 Неотложная терапия в неонатологии**

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Оценка новорожденного по шкале Апгар. КРИТЕРИИ. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

ЗАПОЛНИТЬ **Карту первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале**

Ф.И.О. родильницы Дата родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_час\_\_\_\_\_\_мин\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Характер амниотических вод  (нужное подчеркнуть) | | | мекониальные мутные зловонные с примесью крови светлые | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Состояние новорожденного | | | **30"** | **60"** | | | **2** | | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | | **10** | | **12** | | **14** | | **15** | | **20** | | **30** | |
| Пульсация пуповины | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Произвольные движения | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **дыхание** | Отсутствует | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Нерегулярное, типа «гаспинг» | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Регулярное с втяжением уступчивых мест грудины,  Стонущее | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Регулярное, без дыхательных нарушений | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **ЧСС** | 0-60  60-100  более 100 | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| **ц**  **вет** | Очень бледный | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| Разлитой цианоз | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| Акроцианоз | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| Розовый | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| SpΟ2 (%) | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Проводимые мероприятия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лучистое тепло или др. способ | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Теплосберегающий пакет | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Санация ВДП | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Интубация трахеи | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Санация трахеи | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Кислород через маску | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **СРАР** | Маска | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Назальные канюли | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Назофаренгиальная трубка | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **ИВЛ** | Маска | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Интубационная трубка | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **Параметры:** | | Pip |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Peep |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Частота |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Tin |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| FiO2 |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Непрямой массаж сердца | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Адреналин 1:10000  - эндотрахеально \_\_\_\_\_ мл | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| - в/в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Натрия хлорида р-р 0,9%, \_\_\_\_ мл | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Гидрокарбонат натрия 4%, \_\_\_\_ мл | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Сурфактант, \_\_\_\_\_ мг | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Молозиво на слизистую щек | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |

**Исход (нужное подчеркнуть):** ребенок переведен на совместное пребывание, в отделение ОРИТНиН в сопровождении: акушерки, врача-неонатолога: на руках, в транспортном инкубаторе с проведением аппаратной ИВЛ в режиме:IPPV, IMV, CPAP с параметрами: FiO2 \_\_\_%, ЧД \_\_\_ в мин, PIP \_\_\_\_ см вод.ст.,PEEP \_\_\_ см вод.ст., tin \_\_\_ сек

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

* 1. Техника проведения ИВЛ мешком Амбу и непрямого массажа сердца. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).
  2. Проведение непрямого массажа сердца. Частота, длительность критерии эффективности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, 1 мес. Из анамнеза - ребенок родился от 2, протекавшей на фоне аутоиммунного тиреоидита и гестационного пиелонефрита у мамы.

вес при рождении 4100 г., длина -52 см. по шкале Апгар оценка 9/10 баллов, приложена к груди в родзале, желтуха появилась на 3-и сутки максимальная потеря массы тела на 3 сутки и составила 7,7%, уровень общего билирубина при чрезкожном определении билитестом 210 мкм/л, выписана в удовлетворительном состоянии домой. Аудилогический скрининг и скрининг на наследственные заболевания в родильном доме не проведен.

поступила в отделение патологии новорожденных с участка с диагнозом- затянувшаяся желтуха.

При осмотре – БР 2,0х2,0 см. общее состояние средней степени тяжести. Масса 4250гр. Наблюдаются вялость, сонливость, отсутствие реакции на окружающее, пассивность при кормлении. Гипотонус мышц, симптом Кернига, сухожильные рефлексы заторможены, гипорефлексия; отсутствует сосательный рефлекс, отставание в психофизическом развитии, микседема, трофические нарушения кожи и ее придатков, снижение основного обмена, нет четкого зрительного сосредоточения. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, иктеричность кожных покровов. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадиаритмии. Диспепсические явления- срыгивания, чередование запоров и поносов, медленная прибавка массы тела; апатичность; макроглоссия; мышечная слабость; мама отмечает однократно в день цианоз и эпизоды апноэ во время кормления. Кожные покровы ребенка холодные, отеки конечностей и половых органов. Наблюдаются несращение швов костей черепа, [дисплазия тазобедренных суставов](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hip-dysplasia). Билитест- уровень общего билирубина- 210 мкм/л

**Вопросы:**

* 1. Поставьте предварительный диагноз.
  2. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
  3. Назначьте план обследования и лечения

**Темы для компьютерных презентаций:**

Принципы эффективности и проведения реанимации новорожденного в родильном зале.

**Модуль№3**

***ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА***

**Тема 1***Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы рефератов***:**

1. *Ранняя диагностика и факторы риска развития функциональных расстройств ЖКТ у детей*
2. *Функциональные расстройства пищеварительной системы у детей в свете Римских критериев IV 2016г*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

- Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей.

- Этиология функциональных расстройств желудка. Классификация. Клиника.

- Синдром срыгиваний у детей раннего возраста. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика

**Тема 2***Хронические гастриты, гастродуодениты у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы рефератов***:**

1. *История открытия бактерии Helicobacter pylori*
2. *Инвазивные и неинвазивные методы диагностики Helicobacter pylori*
3. *Маастрихт IV – V: Эрадикационные схемы лечения*

*Темы презентаций:*

1. *Ингибиторы протоновой помпы*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Хронический гастрит, хронический гастродуоденит. Соотношение факторов агрессии и защиты в этиологии. Роль Helicobacterpylori. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования желудочной секреции (зондовые, беззондовые методы). Внутрижелудочная рН-метрия. Показания к рентгенологическому исследованию. Фиброгастродуоденоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лечения гастрита геликобактерной этиологии. Профилактика.

*Тестирование:*

1. ОПТИМАЛЬНАЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А) Висмута трикалия дицитрата, антибиотиков, антисекреторных препаратов

Б) антацидов, Метронидазола

В) антацидов, антисекреторных препаратов

Г) цитопротекторов, Метронидазола

2.ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К

А) бактериальнообусловленному (тип В)

Б) аутоиммунному (тип А)

В) смешанному (тип А и В)

Г) химико-токсическому (тип С)

3. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ PH-МЕТРИЯ

ПОКАЗАНА

А) 1 раз в год

Б) 2 раза в год

В) 1 раз в квартал

Г) 1 раз в 2 года

4.НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) pH-метрия

Б) ацидотест

В) фракционный метод

Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду

5. HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

А) грамотрицательным бактериям

Б) вирусам

В) грамположительным бактериям

Г) простейшим

6. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

А) антральном отделе желудка

Б) теле желудка

В) луковице двенадцатиперстной кишки

Г) в области дна желудка

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть** Мать с девочкой 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом у ребёнка. 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 бледнорозовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – 4,5×1012/l, Нgb – 128 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – 6,9×109 /l, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, МON – 7%, BAZ – 3%, PLT – 250×109 /l, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 в 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 двенадцатиперстной 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 65×38 мм (норма – 50×30) 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. Каковы принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной диагноз: «хронический антральный гастрит, период обострения». Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I А). Перегиб желчного пузыря в области тела, дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типам. Основной диагноз поставлен с учѐтом данных семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца, что может указывать на возможную персистенцию хеликобактерной инфекции в семье), жалоб ребѐнка на боли в животе, имеющих характерный для гастрита болевой синдром, локализацию болей – пилородуоденальная область, наличие небольшого мышечного дефанса и (+) симптома Менделя, что свидетельствует о глубоком локальном поражении слизистой оболочки. Хронический антральный гастрит – на основании наличия болевого синдрома, данных ФЭГДС. Учитывая наличие на ФЭГДС множественных разнокалиберных выбуханий требуется исключение хеликобактерной инфекции. Недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I А) – по данным ФЭГДС. Перегиб желчного пузыря в области тела по данным УЗИ.

2. Перегиб в области дна и увеличение размеров желчного пузыря, что указывает на снижение его сократительной способности наряду с увеличением размеров и изменением эхоструктуры головки и хвоста поджелудочной железы. Метод УЗИ эффективен для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

3. В общем анализе крови и мочи – отклонений нет, в биохимии крови – верхние границы нормы щелочной фосфатазы и билирубина.

4. В условиях поликлиники режим охранительный, стол с учѐтом принципов химического, термического и механического щажения. Показаны антацидные препараты и прокинетики.

5. Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях: врачоториноларинголог и врач-стоматолог детский проводят по показаниям санацию очагов хронической инфекции 2 раза в год. Противорецидивная терапия проводится также 2 раза в год: антациды, витаминотерапия, физиолечение, специальная А группа физкультуры, далее подготовительная группа физкультуры. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

**Тема 3***Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы рефератов:*

1. *Федеральные клинические рекомендации Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей 2016г*
2. *Современные диагностические и лечебные мероприятия при язвенной болезни у детей и подростков*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Роль агрессивных факторов защиты в возникновении язв. Роль нервной системы, изменения гуморальной регуляции в развитии язв. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии язвенной болезни. Особенности течения в подростковом возрасте. Диагностика. Методы оценки желудочной секреции. Методы выявления пилорического геликобактера. Лечение язвенной болезни. Осложнения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь при кровотечении и прободении язвы. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.

*Тестирование:*

1. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) остаточное пятно бария

Б) конвергенция складок

В) отечность складок

Г) раздраженная луковица

2. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

А) антральном отделе желудка

Б) теле желудка

В) луковице двенадцатиперстной кишки

Г) в области дна желудка

3. К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ

А) Омепразол

Б) Пирензипин

В) Ранитидин

Г) Фамотидин

4. К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

А) Сорбитол

Б) Аллохол

В) Лиобил

Г) Гидроксиметилникотинамид

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть** У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка 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 положителен 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, цветовой 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-жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. 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 связанный – 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 очагово гиперемирована, отёчная, 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. H. pylori (+). Хронический гастродуоденит, обострение. Реактивный панкреатит.

2. Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом пищи, отягощѐнная наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилородуоденальной зоны, болезненность при пальпации в точках Де-Жардена и МейоРобсона, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости и положительного биопсийного теста на HP-инфекцию.

3. Пациенту рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь. Копрограмма.

4. Однонедельную тройную терапию на основе ингибиторов протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и антибактериального препарата.

5. Стол № 1 (4-5 кратный приѐм пищи).

**Тема 4***Патология билиарной системы: функциональные нарушения желчного пузыря и желчевыводящих путей. Хронический холецистит. ЖКБ.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы презентаций:*

1. *Желчнокаменная болезнь у детей*
2. *Спазмолитики и прокинетики в детской гастроэнтерологии*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Синдром холестаза; механизмы формирования. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе дискинезии желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования (дуоденальное зондирование, холецистография, ретроградная холангиопанкреатография, УЗИ). Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от типа дискинезии. Профилактика. Особенности заболеваний желчных путей у подростков.

Холециститы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дуоденальное зондирование. Показания. Ультразвуковое исследование. Показания. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика.

Желчнокаменная болезнь. Патогенез. Факторы, способствующие появлению камней. Клиника. Диагностика. Значение рентгенологического и ультразвукового исследования в диагностике холелитиаза. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Неотложная терапия при желчнокаменной колике. Показания к хирургическому лечению. Исходы Профилактика.

*Тестирование:*

1.РЕБЕНКУ ПЯТИ ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО

А) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию

Б) консервативное лечение 24-48 часов

В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию

Г) динамическое наблюдение

2.ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ \_\_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ

А) 2 лет

Б) 1 года

В) 5 лет

Г) 4 лет

3. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 3

Б) 1

В) 6

Г) 12

4. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 6

Б) 3

В) 1

Г) 12

5.ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНОКУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

А) 3 месяца

Б) год

В) 6 месяцев

Г) 1 месяц

6. ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 1

Б) 3

В) 24

Г) 6

7. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

(МЕС.)

А) 3

Б) 1

В) 6

Г) 12

8. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ

ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ

ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 6

Б) 3

В) 1

Г) 12

9. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ

А) до 18 лет

Б) 1 год

В) 5 лет

Г) 3 года

10. ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) III

Б) II

В) I

Г) IV

11. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ НЕСТОЙКОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) IV

Б) I

В) III

Г) II

**Тема 5***Острая ревматическая лихорадка у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы рефератов:*

1. *Современный взгляд на ОРЛ в практике врача-педиатра первичного звена здравоохранения*
2. *Профилактика и лечение ОРЛ*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Острая ревматическая лихорадка. (ОРЛ). Этиология. Современные взгляды на патогенез заболевания. Морфологическая основа функциональных нарушений. Значение неспецифического экссудативного компонента воспаления, определяющего остроту течения процесса. Основные критерии диагноза. Дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса. Классификация ОРЛ. Основные клинические проявления: кардит, полиартрит, хорея, анулярная эритема, ревматические узелки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение Исходы. Лечение острого периода. Показания к назначению кортикостероидов. Особенности лечения хореи. Санаторное лечение. Первичная и вторичная профилактика ОРЛ

*Тестирование:*

1. ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧРЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ

А) ежемесячно

Б) еженедельно

В) 1 раз

Г) ежедневно

2. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ

А) 2 раза в год

Б) 2 раза в 6 месяцев

В) ежемесячно

Г) 1 раз в год

3. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в месяц

В) 1 раз в год

Г) 4 раза в год

4. ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ

ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С

ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ (ГОД)

А) 5

Б) 10

В) 1

Г) 2

5. БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

А) хронической ревматической болезнью сердца

Б) вегетативной дисфункцией

В) заболеваниями соединительной ткани

Г) гломерулонефритом

6. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

А) кардит

Б) лихорадку

В) лейкоцитоз

Г) ускорение СОЭ

7. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ

А) полиартрит

Б) повышение титра антистрептолизина О (АСЛО)

В) снижение зубца Т на ЭКГ

Г) увеличение QT на ЭКГ

8. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

А) 2-3 недели

Б) 3-4 дня

В) 5 месяцев

Г) 6 недель

9. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) β-гемолитический стрептококк группы А

Б) вирус Коксаки В

В) золотистый стафилококк

Г) гемофильная палочка

10. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) мукоидное набухание

Б) гранулематоз   
В) фибриноидное изменение   
Г) склероз

11. В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

А) гранулемы Ашоффа-Талалаева

Б) волчаночные клетки

В) клетки Гоше

Г) клетки Березовского-Штернберга

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мать с девочкой 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8℃ в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж у ребёнка. Анамнез: девочка больна в течение последних трёх 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 – 37,7ºС. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи 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 кнаружи 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 рёберного края. Селезёнка 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 учётом 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 α1 - 8%, α2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевина - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150). Высев из зева β-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 +; лёгочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие: не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардиального выпота: нет.

4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.

5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики данного заболевания у пациента после выписки из стационара.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острая ревматическая лихорадка (предположительно): кардит. Показанием к экстренной госпитализации в данном случае является наличие признаков недостаточности кровообращения у ребѐнка с клиническими проявлениями кардита.

2. Общий анализ крови (признаки воспалительной активности); общий анализ мочи (исключение мочевого синдрома); биохимический анализ крови: СРБ, протеинограмма (признаки воспалительной активности); КФК-МВ (маркер цитолиза кардиомиоцитов); дополнительно АСТ, АЛТ – оценка состояния печени, креатинин, мочевина – оценка функции почек). Серологическое исследование: титр антител к стрептолизину «О». Бактериологическое исследование мазка из зева для выявления β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА). Электрокардиография для уточнения характера нарушений сердечного ритма и проводимости. Эхокардиография для диагностики клапанной патологии сердца, оценки дилятации полостей и сократительной функции миокарда, выявления перикардита.

3. С учѐтом данных дополнительного исследования уточнѐнный диагноз «острая ревматическая лихорадка: кардит (вальвулит митрального клапана с дисфункцией клапан – регургитацией 2 степени, миокардит), Н I». Диагноз «острая ревматическая лихорадка» установлен на основании одного большого и как минимум двух малых критериев Киселя-Джонса-Нестерова в сочетании с подтверждением недавно перенесенной инфекции стрептококками группы А (позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева и повышенный титр противострептококковых антител). Большой критерий – кардит (ревматический вальвулит митрального клапана) заподозрен клинически на основании данных аускультации по дующему связанному с I тоном систолическому шуму апикальной локализации (митральная регургитация), верифицирован при эхокардиографии утолщением и краевым фиброзом створок митрального клапана, признаками клапанной дисфункции – митральной регургитации. На поражение миокарда по типу «миокардита» указывают ослабленный верхушечный толчок при пальпации и расширение границ относительной сердечной тупости влево при перкуссии, приглушѐнные тоны сердца и снижение интенсивности I тона на верхушке при аускультации, по данным эхокардиографии – дилятация полости левого желудочка в систолу и в диастолу, умеренное снижение фракции выброса. Недостаточность кровообращения соответствует I степени – сердцебиение и одышка появляются при выполнении физической нагрузки и отсутствуют в покое. Малые критерии представлены клиническими проявлениями – артралгия, лихорадка, лабораторными данными – повышенные острофазовые белки и СОЭ, удлинением интервала PQ на ЭКГ.

4. Немедикаментозное лечение. Пациенту с признаками недостаточности кровообращения, обусловленными активным ревматическим кардитом, показано соблюдение постельного режима на протяжении 2-3 недель после начала болезни с лечебной физкультурой и дыхательной гимнастикой без усилия до разрешения острой фазы, то есть до нормализации лабораторных, ЭКГ- и ЭХОКГ-изменений, так как физическая нагрузка способствует усилению воспаления; полноценное рациональное питание с достаточным количеством витаминов, микроэлементов, белков, про- и пребиотиков, ограничением поваренной соли (до 1-1,5 г у детей старшего возраста); питьевой режим контролируется диурезом – объѐм выпитого ребѐнком должен быть на 200-300 мл меньше выделенного за сутки. Медикаментозное лечение ОРЛ включает в себя этиотропную и противовоспалительную терапию. Бензилпенициллин по 500 000 4 раза в сутки внутримышечно в течение 10 дней. В дальнейшем переходят на применение пенициллинов пролонгированного действия в режиме вторичной профилактики. С противовоспалительной целью рекомендуются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), учитывая умеренную степень активности воспаления. Препарат выбора – Диклофенак натрия по 25 мг 3 раза в сутки под контролем показателей воспалительной активности (как правило, не менее 1 месяца в указанной дозе, затем с постепенным снижением дозы – еще в течение двух месяцев).

5. Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально. Как правило, она должна составлять для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»). Основное лекарственное средство, применяемое для вторичной профилактики ОРЛ – Бензатина бензилпенициллин внутримышечно 2,4 млн ЕД (взрослым и подросткам) 1 раз в 3 недели. Необходим контроль показателей воспалительной активности, состояния гемодинамики и выраженности клапанной патологии сердца.

**Тема 6***Приобретенные пороки сердца у детей*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

*Темы рефератов:*

1. *Хирургическая тактика лечения ППС у детей*
2. *Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью, современные вопросы пересмтра 2013 – 2019г.г.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Гемодинамические нарушения. Сроки формирования пороков. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз.

**Тема 7***Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости:**

*Темы рефератов:*

1. *Ранняя диагностика гломерулонефритов в детской практике*
2. *Стандарты и протоколы ведения детей с патологией почек*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Этиология. Патогенез. Роль стрептококка и вирусной инфекции в развитии острого гломерулонефрита. Морфологический вариант. Особенности клиники. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исход. Прогноз.

*Тестирование:*

1. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А) клиренс эндогенного креатинина

Б) осмолярность мочи

В) относительная плотность мочи

Г) уровень общего белка крови

2. ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

ХАРАКТЕРНА

А) гематурия с протеинурией

Б) гематурия с цилиндрурией

В) лейкоцитурия с бактериурией

Г) протеинурия с лейкоцитурией

3. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

А) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции

Б) на высоте респираторного заболевания

В) через месяц после перенесенного респираторного заболевания

Г) без связи с перенесенными заболеваниями

4. СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

А) почечных клубочков

Б) дистальных канальцев почек

В) петель Генле

Г) чашечно-лоханочной системы

5. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА

А) 7-14 дней

Б) 1 месяц

В) 3 месяца

Г) весь период терапии

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мать с мальчиком 8 лет (рост – 130 см, вес – 28 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на отёчность лица, голеней, появление мочи тёмного краснокоричневого цвета у ребёнка. 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 отёчность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В лёгких 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 рёберной 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 – изменённые, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3- в поле зрения. УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. Чашечнолоханочная система (ЧЛС) 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?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, нефритический синдром, активная фаза, с нарушением функции почек.

2. Отѐки, артериальная гипертензия, протеинурия, макрогематурия.

3. Антистрептолизин-О (АСТЛ-О) – характерно повышение антистрептококковых антител.

4. Антибактериальные препараты пеницилинового ряда, диуретики (петлевые), антигипертензивные препараты (блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ).

5. В 90% случаев прогноз благоприятный. Микрогематурия может сохраняться несколько месяцев после завершения курса лечения, что не является критерием хронизации и не требует специфического лечения.

**Тема 8***Нефротический синдром. Хронический гломерулонефрит.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы рефератов:**

1. *Идиопатический нефротический синдром. Клиника. Диагностика. Лечение.*
2. *Клинико-морфологические параллели хронического гломерулонефрита у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Нефротический синдром. Классификация. Клинические и морфологические варианты. Первичный и вторичный. Врожденный и инфантильный. Диагностика. Лечение. Прогноз. Гломерулонефрит с нефротическим синдромом с минимальными изменениями (липоидный нефроз), этиология, патогенез, клиника, лечение. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Прогноз. Исход.

*Тестирование:*

1. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

А) протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия

Б) бактериурия

В) гематурия

Г) гипертония

2. РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ

А) постельным

Б) общим

В) палатным

Г) полупостельным

3. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ

ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

А) 1 раз в неделю

Б) 1 раз в месяц

В) 1 раз в 3 месяца

Г) ежедневно

4. ПРИ АНУРИИ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА

А) экстреторная урография

Б) ретроградная пиелография

В) цистоскопия

Г) обзорная рентгенография органов мочевой системы

5. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

А) Преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течение 4-6-8 недель   
Б) Преднизолон 2 мг/м2 /сутки в три приема в течение 4 недель

В) Преднизолон 60 мг/м2 /сутки в три приема в течение 2 недель

Г) Преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2 недель

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМА ТРИАДА СИМПТОМОВ

А) протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия

Б) гематурия, лейкоцитурия, протеинурия

В) изостенурия, никтурия, протеинурия

Г) полиурия, гликозурия, кетонурия

7. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

А) протеинурия более 2,5-3,0 г/л

Б) гематурия более 1 млн./сутки

В) бактериурия более 100000/мл

Г) лейкоцитурия более 40 млн./сутки

8. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) ускорением скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

Б) лейкопенией

В) эозинофилией

Г) тромбоцитопенией

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мать с мальчиком 5 лет (рост – 100 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков 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, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких 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 рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – 3-х раз в сутки по 50-100 мл, свободное. 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, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/дл; 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Идиопатический нефротический синдром, I дебют с сохраненной функцией почек

2. Отѐки, протеинурия (более 1 грамм/м2 /сутки), гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, при отсутствии артериальной гипертензии, гематурии и острого повреждения почек.

3. Стандартный курс преднизолонотерапии – пероральный приѐм Преднизолона 60 мг/м2 или 2 мг/кг/день, максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течение 6 недель.

4. Экзогенный гиперкортицизм (Синдром Кушинга), остеопения, остеопороз, катаракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, задержка роста, артериальная гипертензия, гипокалиемия.

5. Стероидчувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный.

**Тема 9***Острый и хронический пиелонефрит. Лечение ИМС.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы рефератов:**

1. *Ранняя диагностика и тактика лечения и профилактики тубулоинтерстициального поражения почек у детей*
2. *Профилактика хронической болезни почек у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Понятие о неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Этиология. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма). Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Значение УЗИ почек для ранней диагностики. Показания к проведению рентгенологических исследований (цистография, внутривенная урография), радионуклеидных исследований. Дифференциальный диагноз. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Исходы. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

*Тестирование:*

1. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) лейкоцитурией с бактериурией

Б) гематурией

В) протеинурией

Г) кристаллурией

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ

ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) кишечная палочка

Б) клебсиелла

В) протей

Г) синегнойная палочка

3. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО

ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) остром пиелонефрите

Б) аномалии развития органов мочевой системы

В) остром гломерулонефрите

Г) гемолитико-уремическом синдроме

4. ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ

А) возникающий при установленной калико-пиелоэктазии

Б) возникающий после какого-либо другого заболевания

В) при обострениях частотой 2 и более раз в год

Г) возникающий на фоне какого-либо другого заболевания

5.ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ И БОЛЕЕ

А) 6

Б) 3

В) 4

Г) 1

**Тема 10***Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы рефератов:**

1. *Ранняя диагностика и профилактика ХБП у детей*
2. *Анализ причин развития ХПН у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Лечение. Прогноз. Исход

**Тема 11***Коагулопатии. Гемофилия. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы презентаций:**

1. *Современные понятия коагулопатий в детской практике. Ранняя диагнотика*
2. *Дифференциальная диагностика кровоточивости при поражении системы органов кроветворения*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Классификация. Этиология.патогенез. Критерии тяжести гемофилии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях. Классификация. Этиология. Патогенез клинических симптомов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Другие методы хирургической коррекции.

*Тестирование:*

1. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГЕМОСТАЗИОПАТИЙ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМАРТРОЗОВ?
2. Тромбоцитопатии
3. Коагулопатии
4. Вазопатии
5. УКАЖИТЕ, КАКИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ТЕСТАМИ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА:
6. Нарушением адгезивных свойств тромбоцитов
7. Удлинением времени кровотечения. Тромбоцитопенией
8. Снижением ретракции кровяного сгустка
9. КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ИДИОПАТИЧСЕКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ СВЯЗАНА:
10. С нарушением в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
11. С дефицитом плазменных факторов свертывания
12. С патологией сосудистой стенки
13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
14. Стернальная пункция
15. Анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения)
16. Стернальная пункция + анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения) + коагулограмма

5. УКАЖИТЕ, КАКОВ УРОВЕНЬ МЕГАКАРИОЦИТОВ В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ИММУННЫХ ФОРМАХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧСЕКОЙ ПУРПУРЫ?

1. Количество мегакариоцитов снижено

2. Количество мегакариоцитов увеличено

6. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ?

1. Иммунопатологические реакции

2. Нарушение отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов

3. Интеркуррентные инфекции, прием медикаментозных препаратов

|  |
| --- |
| 7.ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ РЕТРАКЦИИ КРОВЯНОГО СГУСТКА?  1.Для гемофилии;  2.Для тромбоцитопенической пурпуры;  3.Для геморрагического васкулита |
| 8.УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ:  1.Кожные геморрагии. Кровотечения из слизистых (носовые, маточные);  2.Кожные геморрагии. Кровоизлияния в слизистые оболочки. Гемартроз;  3.Кожные геморрагии. Кровоизлияния в слизистые. Кровотечения из слизистых. |
| 9.ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:  1.гематомы, гемартрозы;  2.кровотечения сразу после травмы;  3.гематурия;  4.экхимозы на коже. |
| 10.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЛОМКОСТИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:   1. Кернига; 2. жгута (Кончаловского-Румпель-Лееде); 3. щипка; 4. молоточковый;   *Решение проблемно – ситуационных задач:* |

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Сережа Ш., 6 лет. Мальчик болен с 1 года, когда впервые после ушиба появилась обширная гематома в области лба, несколько позже наблюдалось длительное кровотечение из ушибленной верхней губы.

Поступил в клинику с жалобами на увеличение правого голеностопного сустава, сильно боли при движении.

***В анамнезе*** отмечаются кровотечения у дяди со стороны матери.

***При поступлении*** состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, мальчик пониженного питания, «Миниатюрного» телосложения. На нижних конечностях синяки с глубокими инфильтратами, правый голеностопный сустав увеличен в объеме, кожа над ним синюшная, ограничена подвижность в нем (мальчик не может ходить).

***При осмотре*** - в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, нежный. Живот мягкий, печень - пальпируется край. Стул и мочеиспускание в норме.

***Общий ан.крови***: эр- 3,25х106 в 1 мкл., Нв- 86 г/л, лейкоциты- 8,2х109/л, тромбоциты- 250х109/л, время кровотечения 2 мин.30сек.

Свертываемость крови- начало 10 мин.20 сек.; конец-22 мин.15 сек.

***В анализе мочи-*** эритроциты свежие 15-20 в поле зрения.

***1. Обоснуйте предварительный диагноз.***

***2. Составьте план обследования.***

***3. Назначьте программу лечения больному.***

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Дима К., 3 лет, поступил в больницу с жалобами на периодические носовые кровотечения.появление синяков на коже туловища и конечностей.

***Из анамнеза*** известно, что месяц назад мальчик переболел гриппом, после чего стали появляться носовые кровотечения почти ежедневно. В последние дни носовые кровотечения стали обильными, продолжительными.

***При поступлении*** состояние средней тяжести, вялый, плаксивый. Кожные покровы бледные, отмечаются множественные экхимозы на туловище и нижних конечностях, разные по величине и окраске. Экхимозы поверхностные, при их пальпации уплотнений не отмечается. Имеет место умеренное увеличение шейных лимфоузлов. Тоны сердца приглушены, выслушивается нежный систолический шум в V точке функционального характера. В легких при аускультации везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены.

***Анализ крови:*** эритроциты- 3 млн., Нв-90 г/л, ц.п.-0,9, тромбоциты 90х109/л, лейкоциты- 4,8х109/л, п-3%, с-52%, л-32%, э-6%, м-7%, СОЭ- 3мм/час,

***Анализ мочи*** без патологии.

***Миелограмма***: мегакариоцитарный росток раздражен, отмечается вялая отшнуровка тромбоцитов

***1. Выделите ведущий синдром.***

***2. Обоснуйте предварительный диагноз.***

***3. Назначьте план обследования и лечения.***

**Тема 12***Системный микротромбоваскулит*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы презентаций:**

1. *Ошибки в ранней диагностике микротромбоваскулитов у детей*
2. *Клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов 2013г*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Системный микротромбоваскулит. Определение. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы в зависимости от формы васкулита. Капилляротоксический нефрит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

*Тестирование:*

1. СВЕРТЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ КРОВИ ПРИ СИСТЕМНОМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТЕ МЕНЯЕТСЯ В СТОРОНУ:

1. Гипокоагуляции

2. Гиперкоагуляции

3. Не меняется

2. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ КОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ СИСТЕМНОМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТЕ?

1. Мономорфность, массивные подкожные гематомы

2. Папулезно-геморрагический характер сыпи, экхимозы, различные по величине и цвету

3. Папулезно-геморрагический характер сыпи, мономорфность, локализация на ягодицах

3. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТЕ?

1. Верно 2,3

2. С инвагинацией кишечника, аппендицитом

3. Аппендицитом, перекрутом кисты яичника

4. КАКИМИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ ПРИСИСТЕМНОМ МИКРОТРОМБО-ВАСКУЛИТЕ?

1. Микрогематурией, протеинурией, макрогематурией

2. Микрогематурией, протеинурией, бактериурией

3. Протеинурией, макрогематурией, бактериурией

5. НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИСТЕМНОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Суставной синдром

2. Вегето-сосудистые расстройства

3. Почечный синдром

4. ДВС-синдром

5. Кишечные кровотечения

|  |
| --- |
| 6.ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИСТЕМНОГО МИКРОТРОМБО-ВАСКУЛИТА:  1.Кишечная непроходимость. Острая почечная недостаточность. Перитонит;  2.Капилляротоксический нефрит. Перфорация кишечника. Перитонит;  3.Перфорация кишечника. Постгеморрагическая анемия;  4.Все вышеперечисленные осложнения. |
| 7.ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ СИММЕТРИЧНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ?  1.При тромбоцитопенической пурпуре;  2.При системном микротромбоваскулите;  3.При гемофилии |
| 8.ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ СИСТЕМНОМ МИКРО-ТРОМБОВАСКУЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:  1.наличием излюбленной локализации, симметричностью**;**  2.несимметричностью;  3.склонностью элементов к слиянию;  4.наличием петехий;  5.носовыми кровотечениями. |
| 9.КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯСИСТЕМНОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА?   1. удлинение времени свертывания крови; 2. лейкоцитоз, повышение содержания фактора Виллебранда в плазме, гиперфибриногенемия; 3. снижение ретракции кровяного сгустка, удлинение времени свертывания крови. |
| 10.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ СИСТЕМНОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:   1. носовые; 2. маточные; 3. желудочно-кишечные, почечные; 4. десневые. |

*Решение проблемно-ситуационных задач:*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Толя О., 7 лет поступил с жалобами на температуру и сыпь на руках и ногах. Заболевание развилось остро, поднялась температура до 380 С, на коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь. На второй день болезни мальчик был госпитализирован.

***При поступлении*** состояние тяжелое, вял, бледен. На кожных покровах рук и ног, ягодицах – обильная папулезная симметрично расположенная геморрагическая сыпь. Левое веко отечно, глаз закрыт. Коленные, голеностопные суставы отечны и резко болезненны.

Все эти явления держались в течение 3 дней. На 5-й день болезни появилась новая волна геморрагической сыпи и одновременно приступообразные боли в животе, рвота, мальчик отказывается от еды. В каловых массах прожилки крови. Боли в животе держались 4 дня, болезненность при прощупывании локализовалась то вокруг пупка, то в правой подвздошной области, стимулируя аппендикулярный синдром. С 20-го дня заболевания новых обострений не было.

Анализ крови: Нв- 100 г/л, эритроциты- 3470 000, лейкоциты 6600 (во время приступов болей в животе лейкоцитоз достигал 18000), тромбоциты-2,1 109, время кровотечения 3' 12', свертывание крови: начало – 1' 20' , конец - 4'10'

Анализ мочи – удельный вес 1018, белка нет, прозрачная Л- 0-1 в п/зр., эпителий 2-3 в п/зр.

***1.Поставьте предварительный диагноз.***

***2.Составьте план обследования.***

***3.Назначьте программу лечения больному.***

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Витя С., 11 лет, поступил в больницу с диагнозом ревматизма. Перенес скарлатину в 5 лет, ангину в 6 лет. Прививки сделаны по возрасту. Настоящее заболевание началось остро: поднялась температура до 380,  появилась отечность, болезненно правого коленного и голеностопного сустава. На 2-й день болезни мальчик был госпитализирован.

***При поступлении*** состояние средней тяжести: температура до 37,20, активный. Левое веко отечно, голеностопные суставы резко болезненны, отечны, движения в них ограничены. Коленные и др. суставы не изменены. На коже нижних конечностей в области коленных суставов имеется симметрично расположенная папулезная петехиальная геморрагическая необильная сыпь.

Тоны сердца громкие, ясные, ритмичные, пульс 90 в мин., печень и селезенка не пальпируется. Частота дыхания 22 в 1 мин.

Анализ крови: Нв- 110г/л, эритроциты 3850 000, лейкоциты 10х109/л, тромбоциты 200х109/л, э- 1%.,с/я –52%, п/я –1%, л- 29%, м- 15%, СОЭ- 10 мм/ч.

***1. Обоснуйте предварительный диагноз.***

***2. Составьте план обследования.***

***3. Назначьте программу лечения больному.***

**Тема 13***Гемобластозы. Острая лейкемия.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Темы презентаций:**

1. *Факторы риска и ранняя диагностика гемобластозов у детей*
2. *Современные протоколы диагностики и лечения острой лейкемии у детей*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос:*

Острый лимфобластный, миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения (программная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейролейкоза. Показания к трансплантации костного мозга

*Тестирование:*

1. У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ:
   1. подчелюстные
   2. надключичные
   3. подмышечные
   4. торакальные
   5. паховые
   6. подколенные.
2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ПРОБЫ (НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СТЕНКИ КАПИЛЛЯРОВ):
3. Франка
4. Кожевниковой
5. жгута
6. щипка
7. молоточковая
8. уколочная
9. манжеточная.
10. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

Положительные симптомы:

1) Филатова

2) «чаши» Философова характеризуются

а) укорочением перкуторного звука в области 1-2 межреберных промежутков спереди у грудины

б) укорочением перкуторного звука спереди в области рукоятки грудины

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ .

4. ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ФОРМУЛЕ БЕЛОЙ КРОВИ С СОДЕРЖАНИЕМ НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ ПО 40-44% НАБЛЮДАЕТСЯ НА:

1) 2-3 день жизни 2) 5 день жизни 3) 10 день жизни.

5. ЧИСЛО  *ТРОМБОЦИТОВ*  КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:

1) 50-100 х 109 /л

2) 150-300 х 109 /л

3) 300-400 х 109 /л.

6. ДИАГНОЗ ЛЕЙКОЗА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ В КОЛИЧЕСТВЕ:

1) 2% 2) 25% и более 3) 10%.

7. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МАСЛОВА (УВЕЛИЧЕНИЕ БРОНХО-ПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УКОРОЧЕНИЕМ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА СЗАДИ В ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ НА УРОВНЕ 3-4 ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ. ПРИВЕДЕННОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

1. верно
2. неверно.

8. РАЗНИЦА МЕЖДУ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕЙКОЗОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1.степенью дифференцировки опухолевых клеток;

2.длительностью заболевания;

3.остротой клинических проявлений

9. КРИТЕРИЯМИ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. < 30% бластов в костном мозге;

2. < 5% бластов в костном мозге;

3.< 10% бластов в костном мозге.

10. КАКИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СООТВЕТСТВУЮТ ОСТРОМУ ЛИМФОБЛАСТНОМУ ЛЕЙКОЗУ?

1.РАS-реакция на гликоген;

2.Положительная реакция на миелопероксидазу. Положительная реакция на липиды;

3.РАS-реакция на гликоген. Положительная реакция на миелопероксидазу

11.ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕТЕХИАЛЬНО-ПЯТНИСТОГО ТИПА КРОВОТОЧИВОСТИ .

*Решение проблемно – ситуационных задач:*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Марина С., 12 лет, поступила в больницу с жалобами на появление синяков на коже, носовые кровотечения, периодически возникающие боли в нижних конечностях.

Заболела месяц назад, когда на фоне полного здоровья стали появляться синяки на коже туловища, конечностей. Направлена в стационар участковым педиатров для уточнения клинического диагноза.

***При осмотре*** общее состояние тяжелое, температура 380С. Кожные покровы бледные с восковидным оттенком, на туловище, верхних и нижних конечностях – множественные экхимозы и петехии. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лифоузлы до 1 см в диаметре, обычной консистенции, не спаянные с подлежащей тканью. Тоны сердца приглушены, тахикардия, короткий, нежный систолический шум на верхушке. В легких при аускультации – везикулярное дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 2,5 см.

***В анализе крови:*** эр.- 2,5х1012/л, Нв- 80 г/л, л- 4,0 х 109/л, бластных кл.- 42%, п- 1%, с-10%, л-40%, м- 7%, СОЭ- 55 мм/час.

***В анализе мочи:*** цвет сол.желтый, уд.вес- 1020, белка нет, эп. клетки- 1-2 в п/зр, л.- 3-2 в п/зрения.

Пунктат костного мозга: пунктат клеточный, монофорфный по составу. Отмечается тотальная бластная метаплазия бластными клетками- 85%. Нормальные ростки кроветворения редуцированы.

***1. Обоснуйте предварительный диагноз.***

***2. Составьте план обследования.***

***3. Назначьте программу лечения больному.***

**Тема 14***Итоговое занятие*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Тестирование: в информационной системе Университета*

*Обоснование диагноза: по гастроэнтерологии, нефрологии, кардиологии, онкогематологии*

*Схема обоснования диагноза*

|  |
| --- |
| **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  **высшего образования**  **«Оренбургский государственный медицинский университет»**  **Министерства здравоохранения Российской Федерации**  **Кафедра факультетской педиатрии**  **Зав.кафедрой докт. мед. наук, профессор, Заслуженныйврач РФ**  **А.А.Вялкова**  **СХЕМА**  **ОБОСНОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**  Пациент Возраст  Клинический диагноз:  - основной  - сопутствующий  Выполнил(а) студ.  Преподаватель:  Оренбург-2019г.  I.На основании жалоб  - анамнеза заболевания  - анамнеза жизни  - объективного осмотра  - параклинического обследования:  - инструментального  можно поставить клинический диагноз:  (далее обоснование каждого слова в диагнозе: - почему хронический или рецидивирующий и т.д.)  II.План обследования:  - общеклинические исследования  - специальные  - инструментальные  - осмотр специалистов  III. Программа лечения:  1.Стол  2.Режим  3.Баазисная терапия  4.Сопроводительная терапия  IV. Прогноз:  V. Исход заболевания:  VI. Особенности клинического случая: |

*Собеседование по клинической задаче*

*Клиническое обследование ребенка с патологией старшего возраста*

*Неотложная помощь, рецептура*

*Оценка лабораторной диагностики*

*Описание рентгенограмм: урограммы, цистограммы, ирригограммы, холецистограммы.*

*Практические навыки*

***Модуль №4***

***ЭНДОКРИНОЛОГИЯ***

**Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 1 типа»**

Выписать рецепты:

Ребенку 5 лет, масса тела 18 кг, в\в СД

• Инсулины (Хумалог, Новорапид, Лантус, Левемир, протофан, Актрапид)

• Глюкоза 40%, 5%, 20%

***Оформление дневника курации пациента с сахарным диабетом 1 типа***

*«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ день госпитализации*

*Т\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С Время:*

*Ps\_\_\_\_\_\_\_\_ вмин Жалобы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ЧД \_\_\_\_\_\_ в мин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*АД \_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт ст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (за счет чего)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Положение: активное, пассивное, вынужденное.*

*Кожные покровы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Зев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дыхание через нос свободное, затруднено\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Аускультативно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Тоны сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, болезненный в \_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Печень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Стул\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Мочеиспускание свободное, безболезненное, болезненное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Гликемия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Глюкозурия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Кетонурия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Анализ лабораторных и инструментальных методов исследований:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Выделение синдромов:***

* *Синдром гипергликемии*
* *Синдром мальабсорбции*
* *Кожный синдром*
* *Синдром интоксикации*

***Компьютерные презентации:***

* *АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*

**Д\з**

Принципы питания больных сахарным диабетом.

**Оформление схем:**

1. Алгоритм диагностики СД

2. Патогенетические механизмы при СД

Классификация СД

|  |  |
| --- | --- |
| Сахарный диабет 1 типа |  |
| Сахарный диабет 2 типа |  |
| Другие специфические типы |  |
| Гестационный СД |  |

Классификация препаратов инсулина

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название препарата  ( группы) | Начало действия | Максимальное действие | Длительность действия |
|  |  |  |  |

Классификация осложнений СД 1 типа

**ПОСИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Синдромы | | | |
| 1 | 2 | 3 | тд |
| Наименование  синдрома | Наименование  синдрома | Наименование синдрома | Наименование  синдрома |
| 1. Жалобы. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. |
| 2. Анамнез болезни. |  |  |  |  |
| 3. Анамнез жизни. |  |  |  |  |
| 4. Изменения по органам и системам |  |  |  |  |
| 5. Лабораторные данные |  |  |  |  |
| 6.Инструментальные данные |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Заболевания | | | |
| 1 | 2 | 3 | тд |
| Наименование  болезни | Наименование  болезни | Наименование  болезни | Наименование  болезни |
| Жалобы | Симптомы  каждой болезни,  (включая  Заб.,  предполагаемое  у пациента). |  |  |  |
| Данные анамнеза |  |  |  |  |
| Изменения по  органам  ( объективные данные) |  |  |  |  |
| Лабораторные данные |  |  |  |  |
| Данные инструментальных методов |  |  |  |  |

**ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методы лечения | Задачи лечения |  |  |
| 1 | 2 | ТД |
| Формулировка  задачи |  |  |
| 1. Режим  2. Диета  3. Физиотерапия  4. ЛФК  5. Массаж  6. Медикаменты  7.Санаторнокурортное  лечение | Средства  решения  задачи. |  |  |

**ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма выпуска  Доза (разовая/суточная)  Продолжительность  действия | Фармакодинамика  (механизм действия) | Показания к применению |
| Написать рецепт по латыни | Побочные действия | Противопоказания |

***Биологическое действие инсулина***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метаболические процессы | Органы и ткани | Характер влияния |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Симптомы СД***

|  |  |
| --- | --- |
| Система органов | Симптом |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Тесты**

1. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1

ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В

ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

А) гипогликемия

Б) гипергликемия

В) черепно-мозговая травма

Г) нарушение ритма сердца

2. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 4-6

Б) 6-8

В) 8-10

Г) 12-15

3. При подозрении на сахарный диабет 1 типа дифференциальный диагноз необходимо проводить:

А) с несахарным диабетом

Б) с гипотиреозом

В) с муковисцидозом

Г) с рахитом.

4. Глюкозурия характерна:

А) для сахарного диабета

Б) для несахарного диабета

В) для мочекаменной болезни

Г) для почечного диабета

5. Провоцирующие факторы при сахарном диабете 1 типа:

А) корь, ветряная оспа

Б) расширенный водно-питьевой режим

В) питание с ограничением углеводов

Г) избыточная инсоляция

6. К клинической группе риска по сахарному диабету относятся дети и подростки с такими заболеваниями, как:

А) несахарный диабет,

Б) хронический панкреатит,

В) муковисцидоз,

Г) ожирение

7. Основные факторы патогенеза сахарного диабета первого I типа:  
А) деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность   
Б) инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток

В) инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов

Г) повышение констринсулярных гормонов

8. Укажите этиологические факторы сахарного диабета первого типа:  
А) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета – клеток

Б) оперативное вмешательство  
В) психическая травма  
Г) ожирение

9. Какой из гормонов стимулирует липогенез:  
А) инсулин

Б) адреналин  
В) соматотропный гормон

Г) кортизол

10.Самым активным стимулятором секреции инсулина является:  
А) глюкоза   
Б) аминокислоты  
В)фруктоза

Г) галактоза

11. Инсулин стимулирует следующие процессы, кроме:  
А) липолиз

Б) образование АТФ

В) катаболизм белка  
Г) транспорт глюкозы в клетку

12. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА ХАРАКТЕРЕН ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

1. Полигенный
2. доминантный
3. рецессивный
4. гетерогенный

13. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. определение гликемии
2. исследования глазного дна
3. ультразвуковое исследование
4. тест толерантности к глюкозе

.14. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА ХАРАКТЕРЕНО:

1. дефицит массы тела
2. нормальный уровень ИРИ крови
3. ожирение
4. нормогликемия

15. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А)нормогликемия в течение суток

Б) гепатомегалия

В) склонность к кетоацидозу

Г) задержка физического развития

16. Антитела к антигенам островков поджелудочной железы выявляются при первом типе диабета в:  
а) 50-70%   
б) 20-40%  
в) 10-20%

Г)90%

17. Диабет первого типа преимущественно сочетается с наличием всех перечисленных антигенов HLA, кроме:  
а) В7  
б) В18  
в) В15

Г) В24

18. Укажите факторы риска развития инсулинзависимого сахарного диабета:  
А) наличие антител к островковым клеткам   
Б) гипертоническая болезнь

В) ожирение

Г) Язвенная болезнь

19. Иммунологические изменения при сахарном диабете первого типа характеризуются всем перечисленным, кроме:

А) отсутствия образования антител к антигенам островков поджелудочной железы   
Б) наличия “инсулитов”  
В) наличия антител к клеткам панкреатических островков

Г) Полная деструкция β-клеток, полное прекращение секреции инсулина.

20. ПРИ НЕФРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. повышение креатинина и остаточного азота крови
2. транзиторная альбуминурия
3. увеличение клубочковой фильтрации
4. высокая относительная плотность мочи

**Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 2 типа. Инсулинома»**

**Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете 1 типа у детей**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | ДКА | гипогликемическая | гиперосмолярная | лактацедемическая |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Составление плана терапии пациента с ДКА**

Девочка 6 лет массой 15 кг.

Гликемия: 28 ммоль/л, Сыворотка крови: калий – 3,4 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л,мочевина – 6,8 ммоль/л; КЩС: рН – 7,0 ммоль/л, ВЕ = - 27 мэкв/л.

Глюкозурия – 2,5%, ацетонурия - ++++.

**Составление плана терапии тяжелой гипогликемии**

**Выписать рецепт:**

Маннит при отеке головного мозга у ребенка с ДКА, масса тела 24 кг, возраст 8 лет

Преднизолон и дексаметазон ребенку с отеком головного мозга с ДКА, масса тела 24 кг, 8 лет

**Клинико-метаболическое наблюдение за больным с ДКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Частота определения | Примечание |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ПОСИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СД II ТИПА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Синдромы | | | |
| 1 | 2 | 3 | тд |
| Наименование  синдрома | Наименование  синдрома | Наименование синдрома | Наименование  синдрома |
| 1. Жалобы. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. | Симптомы,  составляющие  каждый  синдром. |
| 2. Анамнез болезни. |  |  |  |  |
| 3. Анамнез жизни. |  |  |  |  |
| 4. Изменения по органам и системам |  |  |  |  |
| 5. Лабораторные данные |  |  |  |  |
| 6.Инструментальные данные |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СД II ТИПА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Заболевания | | | |
| 1 | 2 | 3 | тд |
| Наименование  болезни | Наименование  болезни | Наименование  болезни | Наименование  болезни |
| Жалобы | Симптомы  каждой болезни, (включая Заб., предполагаемое у пациента). |  |  |  |
| Данные анамнеза |  |  |  |  |
| Изменения по  Органам ( объективные данные) |  |  |  |  |
| Лабораторные данные |  |  |  |  |
| Данные инструментальных методов |  |  |  |  |

**ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СД II ТИПА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методы лечения | Задачи лечения |  |  |
| 1 | 2 | ТД |
| Формулировка  задачи |  |  |
| 1. Режим  2. Диета  3. Физиотерапия  4. ЛФК  5. Массаж  6. Медикаменты  7.Санаторнокурортное  лечение | Средства  решения  задачи. |  |  |

**ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма выпуска  Доза (разовая/суточная)  Продолжительность  действия | Фармакодинамика  (механизм действия) | Показания к применению |
| Написать рецепт по латыни | Побочные действия | Противопоказания |

Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете 1 типа у детей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинический принцип | Гипогликеимческая | ДКА | Гиперосмолярная | Лактацидотическая |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Оформление обоснования диагноза (для СД IIтипа)**

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО или ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА:

Учитывая **жалобы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Данные анамнеза**: наследственность по эндокринопатиям отягощена или нет……………………..

Начало постепенное ( или нет)………………………………………………………………………………

Прибавляет в массе с \_\_\_\_\_ лет. За последний год прибавил\_\_\_\_\_\_кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диету соблюдает, не соблюдает, в рационе питания преобладают

Данные **объективного состояния**: ИМТ \_\_\_\_\_ кг\м2, Избыток массы тела\_\_\_\_\_ %, отложение подкожно-жировой клетчатки по геноидному, андроидному типу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стрии багровые, розовые, белые, распространенные, единичные в области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Артериальное давление: не повышается, повышается до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт ст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половое развитие (ПР): соответствует возрасту, опережает паспортный возраст, отстает от паспортного возраста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПР по Таннеру \_\_\_\_\_ст. ПФ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Данные параклинических методов исследований:**

Гликемия

Глюкозурия

Кетонурия

(ИРИ) натощак и/или на фоне нагрузки глюкозой

Уровень НвА1с

И т.д.

Ставится диагноз:

**Основной:**

**Осложнения:**

**Сопутствующий**

В обосновании указываются данные подтверждающие диагноз!

Обоснование клинического диагноза осуществляется в течение 3-5 дней с момента поступления пациента в клинику.

**Тесты**

1. СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА (ЕДИНИЦА)

А) 0,4-1,0

Б) 0,1-0,2

В) 1,2-1,6

Г) 2,0-3,0

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

А) дефицит инсулина

Б) дефицит глюкагона

В) избыток глюкагона

Г) избыток инсулина

3. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

А) гипогликемия

Б) гипергликемия

В) черепно-мозговая травма

Г) нарушение ритма сердца

4. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ

А) кетоацидоз

Б) диабетическая нефропатия

В) офтальмопатия

Г) артериальная гипертензия

5. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) дефицит инсулина

Б) дефицит глюкагона

В) избыток инсулина

Г) избыток глюкагона

6. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) микроальбуминурия

Б) бактериурия

В) лейкоцитурия

Г) гематурия

7. ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ

А) от матерей с сахарным диабетом

Б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта

В) с синдромом Видемана-Беквита

Г) с врожденной гиперплазией коры надпочечников

8. НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кома

Б) сомнолентность

В) оглушение

Г) сопор

9. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

А) 40-60

Б) 60-80

В) 20-40

Г) 20-30

10 У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

А) 80

Б) 100

В) 90

Г) 60

**11.** ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ СЛЕЖУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА:

1. 5% глюкоза в/в
2. инсулин
3. мочегонные
4. сладкое питье

**12.** ПРИЧИНЫ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ:

1. дефицит инсулина
2. избыток инсулина
3. дефицит глюкагона
4. избыток глюкагона

13. НАИБОЛЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. комы
2. гангрена конечностей
3. глаукома
4. язвенная болезнь желудка

14. ПРИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. гипогликемия
2. жировая инфильтрация печени
3. кетоацидоз
4. почечная недостаточность

**15.** В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА ПРИМЕНЯЮТ:

1. инсулин
2. фитотерапию
3. липотропные средства
4. иглорефлексотерапию

**16.** ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:

1. кровоизлияние на глазном дне
2. конъюнктивит
3. экзофтальм
4. глаукома

17. ПРИЗНАКАМИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. профузное потоотделение
2. эксикоз
3. кетоацидоз
4. кашель

18. КОРРЕКЦИЮ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙЙ (ВВЕДЕНИЕ КАЛИЯ) СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ПРИ:

1. гипокалиемии
2. шоке
3. нормогликемии
4. анурии

19. ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. гипергликемия, гиперосмолярность
2. ацидоз
3. гипоосмолярность
4. дыхание Куссмауля

**20.** ХАРАКТЕРНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ:

1. гипергликемия
2. гиперкетонемия
3. ацидоз
4. гипокалиемия

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет. Ребёнок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см. Из анамнеза известно, что ребёнок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесённого стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребёнок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребёнка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжёлом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щёк и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжён. Мочеиспускание обильное. Общий анализ крови: Нb – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 8,5×109 /л; нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 1%, лимфоциты – 35%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++. Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л. КОС: рН – 7,1; рО2 – 92 мм рт. ст.; рСО2 – 33,9 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.

5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации. Диабетическая кетоацидотическая кома.

2. Дебют заболевания после стресса; декомпенсация на фоне гриппа, типичные клинические симптомы диабета (полиурия, полидипсия, похудание, вялость, слабость), симптомы кетоацидоза (тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость).Клиническая картина при поступлении: отсутствие сознания, сниженные кожные и ахилловы рефлексы, шумное дыхание (типа Куссмауля), запах ацетона в выдыхаемом воздухе, сухая кожа, «диабетический рубеоз» на щеках, сниженный тургор тканей и глазных яблок, заострѐнные черты лица, обложенный налѐтом язык, тахикардия (ЧСС до 140 ударов в минуту), гипотония (АД 75/40 мм рт.ст.); напряжение мышц живота; обильное мочеиспускание.

3. В начале неотложной терапии регистрируются масса и рост (площадь поверхности тела), оцениваются пульс, частота дыхания, артериальное давление, неврологический статус, ЭКГ, определяются гликемия, рН крови, РСО2, К, Na, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит. Проводится учѐт диуреза. На фоне терапии ежечасно контролируется пульс, ЧД, АД, гликемия, рН крови, РСО2, неврологический статус, ЭКГ. Каждые 3-6 часов определяется К, Na, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит. Консультации врача-детского хирурга, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-детского кардиолога по показаниям.

4. Ввести назогастральный зонд, установить катетер в мочевой пузырь, перевести ребѐнка на ВВЛ. Регидратацию начинают 0,9% раствором Натрия хлорида (стартовый раствор). В последующем при снижении гликемии до 12-15 ммоль/л назначается 5-10% растворы глюкозы под контролем уровня и скорости снижения гликемии. Для расчѐта объѐма вводимой жидкости учитывают дефицит жидкости, мл = % дегидратации × масса тела (в кг), + физиологическая потребность на кг с учѐтом возраста. Данному пациенту необходимо ввести: (5×20) + (70×20) = 1500 мл инфузионных растворов. В первые 8 часов от начала инфузионной терапии необходимо ввести 50% рассчитанного суточного объѐма, в последующие 16 часов - оставшиеся 50%. Назначаются инсулины короткого действия в виде внутривенных инфузий. Начальная доза инсулина составляет 0,1 ед/кг в час. При нормализации кислотноосновного состояния больной будет переведѐн на подкожное введение инсулина каждые 2-3 часа. При отсутствии кетоза на 2-3 сутки ребѐнок переводится на 5-6 разовое введение инсулина короткого действия, а затем на обычную базисно-болюсную инсулинотерапию.

5. В дальнейшем больной нуждается в пожизненной заместительной инсулинотерапии в базисно-болюсном режиме с постоянной коррекцией дозы инсулина, с соблюдением диетотерапии, проведением самоконтроля, регулированием физической активности, плановыми госпитализациями 1-2 раза в год

**Тема «Заболевания щитовидной и околощитовидных желез»**

Синдром тиреомегалии. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация.

Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Тиреоидиты. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических про-явлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лече-ние. Прогноз. Профилактика.

Семейный зоб, ювенильное увеличение щитовидной железы, узловой зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Про-гноз. Профилактика.

Рак щитовидной железы. Клиническая картина. Возрастные особенно-сти клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Эндемический зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная ди-агностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**Темы для компьютерных презентаций:**

• гистологии и эмбриологии: закладка и дифференцировка нервной системы, щитовидной железы

* Обмен йода в организме;

**Домашнее задание:**

№1 Факторы риска ВГ

|  |  |
| --- | --- |
| Экзогенные | Эндогенные |
|  |  |

№2 Классификация ВГ и тиреотоксикоза

№3 Классификация и патогенез различных форм тиреотоксикоза

|  |  |
| --- | --- |
| Формы тиреотоксикоза | Причина гиперсекреции тиреоидных гормонов |
|  |  |

**Выписать рецепт:**

Пропилтиурацил , ребенку 16 лет , масса тела 60 кг с ДТЗ

Л-тироксин, ребенку 6 лет с врожденным гипотиреозо, масса тела 23 кг

Йодомарин, ребенку 12 лет с ДНЗ, масса тела 45 кг

Тирозол, ребенку 13 лет, с ДТЗ, масса тела 40 кг

**Оформление схем:**

1. образование и регуляция тиреоидных гормонов
2. Основные патогенетические звенья развития аутоиммунного тиреоидита
3. Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз
4. Алгоритм диагностики гипотиреоза

5. Патогенетические механизмы при гипопаратиреозе и гиперпаратиреозе

Составление плана терапии тиреотоксикоза

**Оформить таблицы:**

Таблица №4

Основные эффекты тиреоидных гормонов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метаболические процессы | Органы и ткани | Характер влияния |
|  |  |  |
|  |  |  |

Таблица №5

Спектр проявлений йоддефицитных заболеваний

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст | Эффект |
|  |  |
|  |  |

Таблица №6

Симптомы гипотиреоза

|  |  |
| --- | --- |
| Система органов | Симптом |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Таблица №7

Симптомы гипертиреоза

|  |  |
| --- | --- |
| Система органов | Симптом |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Таблица №9

Дифференциальная диагностика гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Гипопаратиреоз | Гиперпаратиреоз |
| этиология |  |  |
|  |  |  |
| жалобы |  |  |
| Объективные данные(по системам) |  |  |
| Лабораторные данные |  |  |
| Инструментальные данные |  |  |
| Лечение |  |  |
| Профилактика |  |  |
| Прогноз |  |  |

Таблица №8

Лечение ДТЗ (медикаментозное, хирургическое, терапия радиоактивным йодом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Формы лечения | Показания | Режим и дозы | Примечания |
| Медикаментозное |  |  |  |
| Хирургическое |  |  |  |
| Терапия радиоактивным йодом |  |  |  |

Таблица №10

Дифференциальная диагностика синдрома гипотиреоза

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология | жалобы | анамнез | Объективные данные | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение | Профилактика и прогноз |
| задержка роста |  |  |  |  |  |  |  |
| энцефалопатия |  |  |  |  |  |  |  |
| синдром Дауна |  |  |  |  |  |  |  |
| хондродистрофия |  |  |  |  |  |  |  |
| Рахит |  |  |  |  |  |  |  |

**Оформление эндокринологического статуса пациента:**

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Гипоталамус- гипофиз.

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Масса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг. Рост\_\_\_\_\_\_\_\_си. АД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мм рт ст.

Физическое развитие на \_\_\_\_лет \_\_\_\_\_мес. Клинические признаки нарушения функции : нет, есть.

Избыток массы тела либо дефицит\_\_\_\_\_%, ИМТ \_\_\_\_\_\_кг\м2.Норма \_\_\_\_\_ SDS ИМТ\_\_\_\_\_\_\_\_Норма\_\_\_

Щитовидная железа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_степени увеличения, эластичная, плотно- эластичная, «каменная», наличие узлов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нарушение функции (гипотиреоз/ гипертиреоз) есть, нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции ( гипопаратиреоз/гиперпаратиреоз) нет, есть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Судороги в анамнезе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наружные половые органы сформировались по мужскому, женскому типу, правильно, неправильно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половая формула\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половое развитие по Таннеру\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции( гипокортицизм/гиперкортицизм): нет, есть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НПР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тесты

1. ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ   
А) повышение тетрайодтирокина (Т4)

Б) повышение тиреотрипного гормона (ТТГ)

В) повышение холестерина

Г) снижение глюкозы

2. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А) гипокальциемия

Б) гиперкальциемия

В) гипофосфатемия

Г) снижение щелочной фосфатазы (ЩФ)

3. . ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С

А) спазмофилией

Б) болезнью Аддисона

В) врожденным гипотиреозом

Г) тиреотоксикозом

4. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А) 1,1-1,4

Б) 0,2-0,7

В) 3,0-3,3

Г) 2,2-2,7

5.ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А) дефицита йода

Б) дефицита селена

В) недостатка железа

Г) дефицита кальция

6. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСИТСЯ ТЕРАПИЯ

А) тиреостатическая

Б) заместительная

В) противовоспалительная

Г) противосудорожная

7. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) задержка психомоторного развития

Б) длительно существующая желтуха новорожденных

В) сухость кожи

Г) диарея

8. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА (ТТГ) В КРОВИ БУДЕТ

А) повышенным

Б) в норме

В) сниженным

Г) значительно сниженным

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

А) тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

Б) тетрайодтироксина (Т4) в крови

В) трийодтироксина (Т3) в крови

Г) артериального давления

10.КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) скрытой или выраженной тетанией

Б) мышечной гипотонией

В) густыми вьющимися волосами на голове

Г) блефароспазмом, светобоязнью

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

А) 2:1

Б) 1:5

В) 1:2

Г) 3:1

12. БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д

А) способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта

Б) увеличивает продукцию паратгормона

В) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция

Г) повышает уровень щелочной фосфатазы крови

13. К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ

А) активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

Б) ювенильное увеличение щитовидной железы

В) увеличение тимуса

Г) уменьшение объема яичек у мальчиков

14. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А) 2,5-2,8

Б) 1,2-2,0

В) 2,8-3,2

Г) 2,0-2,2

15. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

А) эндокринологом

Б) эпидемиологом

В) ортопедом

Г) урологом

16. СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ВОЗ:

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3

17 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА:

1. обследование новорожденных на 4-5 день жизни (доношенных)
2. обследование в возрасте 1 месяца
3. обследование новорожденных на 7-14 день (недоношенных)
4. обследование в 1 день жизни

18. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. левотироксин
2. тиреокомб
3. тиреотом
4. йодомарин

19.ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. резким ухудшением состояния
2. мерцательной аритмией
3. высоким пульсовым давлением
4. расстройством нервно-психической деятельности

20.МЕРКАЗОЛИЛ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

1. кожную сыпь
2. лейкопению
3. агранулоцитоз

**Ситуационная задача 238 [K003203]**

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

**Основная часть** Мать с девочкой 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, неспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул у ребёнка. 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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 238 [K003203]**

1. Диффузный токсический зоб, средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб и клинических симптомов, характерных для гиперфункции щитовидной железы (эмоциональная лабильность, нарушение сна, повышенная потливость, похудание, диспептические расстройства, тахикардия, характерные изменения АД с повышением пульсового давления) в сочетании с глазными симптомами и увеличением щитовидной железы. Диагноз «средней степени тяжести» основывается на выраженности симптомов тиреотоксикоза, определяющих состояние пациентки.

3. Рекомендовано: УЗИ щитовидной железы для определения тиреоидного объѐма, нарушений эхоструктуры и эхогенности; определение уровня ТТГ, СТ4 и СТ3 в крови для оценки функции щитовидной железы; определение уровня антител к тиреоидной пероксидазе в крови для подтверждения аутоиммунного характера заболевания; проведение ЭКГ; консультация врача-офтальмолога.

4. Эндемический зоб (диффузный эутиреоидный зоб). Аутоиммунный тиреоидит.

5. Госпитализация в детское эндокринологическое отделение. Режим палатный. Диета №15 по Певзнеру. Тиреостатическая терапия для подавления продукции тиреоидных гормонов и купирование симптомов тиреотоксикоза (МНН: Тиамазол; торговое наименование: Тирозол), β-блокаторы для купирования тахикардии, седативные препараты

**«Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы.»**

**Компьютерные презентации:**

-структура половых гормонов

-формирование генетического пола, аномалии

половых хромосом;

- закладка и развитие половых желез, наружных и внутренних гениталий

**Выписать рецепт:**

Диферелин , ребенку 3 лет, с ППР, масса тела 19 кг

Минирин, ребенку 8 лет, масса тела 34 кг

Прогинова, ребенку 16лет с гипогонадизмом

Хорионический гонадотропин, ребенку 14 лет, масса тела 60, рост170 см

Омтандре(сустанон), ребенку 16 лет с гипогонадизмом, масса тела 60кг, рост 170 см

Растан, ребенку 8 лет, с СТГ-недостаточностью , масса тела 25 кг, рост 110 см

Минирин, ребенку 9 лет, масса тела 25 кг

Д\з

**Перечислить:**

Факторы, влияющие на рост

Составление схем развития патогенеза

-с-ма ЗПР

-с-ма ППР

-Задержки роста и высокорослости

Схема: Нейроэндокринная регуляция роста

гормоны, оказывающие влияние на рост

**Компьютерные презентации**

* генетические и хромосомные заболевания, сопровождающиеся задержкой роста;
* эффекты гормонов на рост, хондроплазию, остеогенез;
* строение, регуляция секреции гормона роста

**Оформление таблиц**

Таблица №1

Основные эффекты женских и мужских половых гормонов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метаболические процессы | Органы и ткани | Характер влияния |
|  |  |  |
|  |  |  |

Таблица №2

Дифференциальная диагностика ЗПР

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма | Этиология | Клиника | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение |
| Первичный (гипергонадотропный) |  |  |  |  |  |
| Врожденные |  |  |  |  |  |
| Приобретенные |  |  |  |  |  |
| Вторичный гипогонадизм (гипогонадотропный) |  |  |  |  |  |
| Врожденные |  |  |  |  |  |
| Приобретенные |  |  |  |  |  |

Таблица №3

Дифференциальная диагностика ППР

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма | Этиология | Клиника | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение |
| Гонадотропинзависимое ППР |  |  |  |  |  |
| Гонадотропин-независимое |  |  |  |  |  |
| Приобретенные |  |  |  |  |  |
| Вторичный гипогонадизм (гипогонадотропный) |  |  |  |  |  |
| Ложное |  |  |  |  |  |
| Изосексуальное |  |  |  |  |  |
| Гетеросексуальное |  |  |  |  |  |

Таблица №4

Эффекты гормона роста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метаболические процессы | Органы и ткани | Характер влияния |
|  |  |  |
|  |  |  |

Таблица №5

Дифференциальная диагностика

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма | Этиология | Клиника | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение | Прогноз |
| ЭНДОКРИННО-ЗАВИСИМЫЙ ВАРИАНТ: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ЭНДОКРИННО-НЕЗАВИСИМЫЕ ВАРИАНТЫ: |  |  |  |  |  |  |
| КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: |  |  |  |  |  |  |

Дифференциальный диагноз основных форм задержек роста ( по кв)

* Опережает паспортный
* Отстает от паспортного
* Соответствует паспортному

Таблица №6

Причины низкорослости

|  |  |
| --- | --- |
| Формы | Причина |
|  |  |
|  |  |

Таблица №7

Лечение низкорослости

|  |  |
| --- | --- |
| Форма низкорослости | Лечение |
|  |  |
|  |  |

**Составление:**

Алгоритм диагностики вариантов нанизма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| КВ соответствует паспортному | КВ опережает паспортный | КВ отстает от паспортного |
|  |  |  |

Таблица №8

степень полового созревания по Таннеру у девочек

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| стадия | Признак | Признак |  |  |
|  |  |  |  |  |

Таблица №9

степень полового созревания по Таннеру у мальчиков

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Признак | Признак |
|  |  |  |

Перечислите причины задержек роста

|  |  |
| --- | --- |
| Эндокринные | Неэндокринные |
|  |  |
|  |  |

**Темы рефератов:**

1. Нарушение половой дифференцировки. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
2. Синдром Шерешевского-Тернера.Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
3. Понятие о гермафродитизме и методах реабилитации больных.
4. Высокорослость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика
5. Синдромы Шиена и Симондса. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
6. Гиперпролактинемия. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
7. Несахарный диабет. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
8. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**Оформление этапного эпикриза**

**Этапный эпикриз( пример)**

ЭТАНЫЙ ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ лет (\_\_), находился в эндокринологическом отделении с \_\_\_.19 по \_\_.19 на обследовании и лечении с

**ДИАГНОЗОМ**:***Сахарный диабет 1 типа, фаза декомпенсации без кетоза. Диабетический гепатоз; Дистальная сенсомоторная полинейропатия; Липодистрофии по гипертрофическому типу мест инъекций. Длительность заболевания 3 года 11 месяцев. Целевой уровень На1с <8,0%***

***Микроаномалия сердца: диагональная трабекула в полости левого желудочка. Миокардиодистрофия смешанного генеза, малосимптомный вариант, хроническое течение.***

Жалобы при поступлении: на

Из анамнеза: ребенок от \_ беременности, протекавшей на фоне анемии, ОАА, с токсикозом в первой половине, миопии средней степени, хронического отита, 1 срочных оперативных родов ( двурогая матка), масса при рождении \_\_\_\_, рост \_\_см. Естественное вскармливание до \_\_\_. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ППЦНС, бронхит, отит. Привит. Кровь, компоненты крови, аллергические реакции, операции, травмы, контакт с инфекцией-отрицает.

С \_\_\_\_ года состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I тип. Диету соблюдает. Самоконтроль 3-4 раза в сутки. Дневник ведет. Гликемия 2 – 17 ммоль/л. Ацетон мочи – отриц. Инсулинотерапия: хумалог 5-5-4 ЕД, лантус 7 ЕД в 21:00. Последняя госпитализация в ОДКБ в феврале 2016г. Находился в отделении РО с 24.08.16-26.08.16 , в ЛОР отделении с 26.08.16 по 30.08.16, далее переведен в эндокринологическое отделение. 24.08.16 проведена антромастоидотомия типично. Ухудшение в течение 7 дней, когда появились жалобы на головные боли, гноетечение, оттопыренность ушной раковины. Обратились в приемный покой по м\ж 24.08. На КТ –признаки правостороннего гнойного мастоидита. Направлен в ОДКБ.

Объективно: Состояние средней степени. Кожа смуглой окраски, чистая, удовлетворительной влажности. ПЖС истончен. Липодистрофии на животе, плечах, бедрах по гипертрофическому типу. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Отеков нет. ФР: масса тела 22,2 кг, рост 125см. ФР гипосомия. Щитовидная железа 0 степени, клинически эутиреоз. ПФ: Ах0Рв0V0F0

Уровень гликемии при поступлении 5,6 ммоль\л. Ацетон мочи – 5 ммоль/л

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

ОАК :\_\_\_.19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гемоглобин | Эритроциты | Лейкоциты | Тромбоциты | Гематокрит | СОЭ |
| г\л | 10\6 мкл | 10\3 мкл | 10\3 мкл | % | мм в ч |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п\яд | с\яд | моноциты | эозинофилы | базофилы | лимфоциты |
| % | % | % | % | % | % |
|  |  |  |  |  |  |

Коагулограмма (.16) длительность кровотечения –\_\_сек, время свертывания – \_\_

Биохимический анализ крови(\_\_.16): о белок \_\_ммоль\л, альбумин \_\_ ммоль\л, мочевина \_\_ ммоль\л, о билирубин \_\_ мкмоль\л, АЛАТ \_\_ Е\л, АСАТ \_\_ Е\л, креатинин \_\_ мкмоль\л, калий \_\_ ммоль\л, натрий \_\_ ммоль\л, хлор \_\_ммоль\л.

**Гликемический профиль:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | 7:00 | 12:30 | 13:15 | 16:00 | 18:00 | 21:00 | 3:00 |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |

Гликированный гемоглобин Нва1с(\_\_.16) – \_\_\_ %( норма 4-6)

Газы крови(\_\_.19) ph \_\_ pCO2 – \_\_, pO2 -\_\_, K – \_\_, Са – \_\_

ОАМ( \_\_.19) с/ж, прозр, ph \_\_, белок отриц, глюкоза \_\_, ацетон-отриц, эпит 1-2 в п/зр, лейк 2-4 в п/зр.

Анализ мочи (\_\_19-\_\_.19) на сахар от 5,5% до отрицательного; р-я на ацетон – от 5,0 до отрицательного; удельный вес от 1008 до 1020.

Соскоб на я\г- отриц.

Клиренс по эндогенному креатинину(\_\_.16): клубочковая фильтрация – \_\_ мл/мин, канальцевая реабсорбция – \_\_%, креатинин крови -\_\_ ммоль/л, объем суточной мочи – \_\_ мл.

Анализ мочи по Зимницкому: относит.плотность – \_\_, белок не обнаружен, ДД: \_\_ мл. НД: \_\_ мл

МАУ(\_\_19)- \_\_ г/л

ЭКГ(\_\_.19): ЭОС горизонтальная. Синусовый ритм с ЧСС \_\_ в мин.

УЗИ внутренних органов (\_\_.19):

Консультации:

1. Офтальмолог: Глазное дно без патологии. Оптические среды прозрачные.
2. Невролог: Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия. Рекомендации даны.
3. Физиотерапевт: рекомендации даны.

**ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ:** Стол № 9 , режим 2 , инсулинотерапия, инфузионная терапия: глюкоза 5%, NaCl 0.9%, KCL 7.5%, витамин В12, вицеф, амикацин, Витамин В1, В6, анальгин,цефтазидим, тропикамид однократно в оба глаза, физиотерапевтическое лечение: магнитолазер на область правого уха, ЛФК.

**На фоне лечение состояние с положительной динамикой** за счет стабилизации углеводного обмена. Гликемия на уровне 3.2-12.9 ммоль\л. Ацетон мочи: отрицательный.

**ВПЛАНЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

**В ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ:**

При невыясненном [диагнозе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7) в нём обосновывают [предварительный диагноз](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1), выделяют основные клинические [симптомы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) и [синдромы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC), исходя из которых планируют дополнительные диагностические исследования, оценивают эффективность проводимого лечения. При установленном диагнозе этапный эпикриз содержит обоснование диагноза, суждение о стадии развития болезни, варианте её течения и др. В последующих этапных эпикризах оценивают эффективность лечебных мероприятий, обосновывая необходимость их продолжения или изменения. Этапный эпикриз оформляется раз в 10-12 дней.

**Тесты**

**1** .ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ МА2АХ1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

А) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке

Б) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке

В) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке

Г) тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка

**2.**  ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ НАЗЫВАЕТСЯ

А) гигантизмом

Б) гипостатурой

В) акселерацией

Г) нанизмом

3. ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА?

А) сроки появления точек окостенения

Б) уровень Са и Р в крови

В) физиологические искривления позвоночника

Г) уровень развития мышечной силы

4 БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

А) совокупность признаков достигнутого развития организма в целом на данном возрастном этапе

Б) совокупность функциональных признаков

В) совокупность антропометрических признаков

Г) диспропорциональность в развитии систем органов на данном возрастном этапе

5. КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

А) число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела

Б) вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела

В) психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела, количество молочных зубов

Г) количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела

6 ПРИ ОЦЕНКЕ СООТВЕТСТВИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОЗРАСТУ ЗА ОСНОВУ БЕРЕТСЯ ОЦЕНКА

А) длины тела

Б) массы тела

В) окружности головы

Г) окружности груди

7. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ

А) массы тела длине тела

Б) длины тела массе тела

В) окружности головы росту

Г) массы тела окружности головы

8. БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ РЕБЕНКА ПО

А) росту (длине тела)

Б) возрасту

В) окружности грудной клетки

Г) окружности головы

9.ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК

А) 13-16 10-12

Б) 11-12 8-10

В) 13-16 8-10

Г) 8-10 10-12

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ЮНОШЕЙ В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К \_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

А) 18-19

Б) 15-17

В) 20-22

Г) 22-24

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ДЕВУШЕК В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К \_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

А) 16-17

Б) 15-16

В) 17-19

Г) 19-21

12. СКОРОСТЬ РОСТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

А) уменьшается

Б) увеличивается в 1,5 раза

В) увеличивается в 2 раза

Г) увеличивается в 2,5 раза

13 ТЕРМИН «ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ» В ПЕДИАТРИИ ПОНИМАЕТСЯ КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

А) роста и биологического созревания ребѐнка в том или ином периоде детства

Б) роста ребѐнка и биологического созревания отдельных систем

В) роста ребѐнка в том или ином периоде детства и биологического созревания отдельных органов и систем ребенка

Г) биологического созревания отдельных органов и систем ребенка

14. К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

А) бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя

Б) повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела

В) снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела

Г) повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов

15 . РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И РОСТА НАЗЫВАЕТСЯ А) гипостатурой

Б) паратрофией

В) гипотрофией

Г) кахексией

16. ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

А) тиреотропный гормон

Б) трийодтиронин

В) тироксин

Г) окситоцин

17.. В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ

А) отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)

Б) оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса

В) мутацию (ломку) голоса

Г) оволосение на лице

18. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

А) соматотропного гормона

Б) тиреоидных гормонов

В) хорионического гонадотропина

Г) эстрогенов

19.КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) полиурия

Б) полифагия

В) потеря массы тела

Г) пастозность

20.ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А) недостатка антидиуретического гормона

Б) недостатка инсулина

В) избытка антидиуретического гормона

Г) избытка инсулина

21. ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) в возрасте 2-4 года

Б) при рождении

В) на первом году жизни

Г) в пубертате

**Тема «Заболевания надпочечников»**

**Составление схем:**

Образование и регуляция стероидных гормонов

Развития патогенеза:с-м гипокортицизма и с-ма гиперкортицизма

**Темы для компьютерных презентаций:**

* + гистологии и эмбриологии: закладка и развитие надпочечников
* образование стероидных гормонов;
* эффекты стероидных гормонов
* гормоны надпочечников и их основные функции в организме

**Выписать рецепт:**

Гидрокортизонсуспензия гидрокортизона, Солу-кортеф- при ОНН ребенку 3 лет

Дексаметазон при ВДКН неклассической форме, ребенку 17 лет, масса тела 56, рост 164 см

Кортеф при ВДКН, 1 г 1 мес, масса тела 10.5 кг, рост 75 см

Кортинефф при ВДКН, сольтеряющей форме, 1г 1 мес, масса тела 10.5 кг, рост 75 см

**Оформление таблиц:**

Таблица №1

Эффекты стероидных гормонов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метаболические процессы | Органы и ткани | Характер влияния |
|  |  |  |

Таблица №2

Синдром гипокортицизма

Таблица №3

Синдром гиперкортицизма

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| показатель | Эндогенный | | Экзогенный | Экзогенный | Функциональный гиперкортицизм |
|  | АКТГ-зависимая форма | АКТГ-независимая форма |  |  |  |
| Заболевания  (нозология) |  |  |  |  |  |
| этиология |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Таблица №4

Клинические признаки гиперкортицизма

|  |  |
| --- | --- |
| Система органов | Симптом |
|  |  |

Таблица №5

Клинические признаки гипокортицизма

|  |  |
| --- | --- |
| Система органов | Симптом |
|  |  |

**Таблица №6**

Клиника и диагностика ВДКН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма | Клиника | Диагностика |
|  |  |  |

Таблица №7

Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признаки | БИК | СИК |
|  |  |  |

Таблица №8

Дифференциальная диагностика синдрома гипокортицизма

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология | жалобы | анамнез | Объективные данные | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение | Профилактика и прогноз |
| всд |  |  |  |  |  |  |  |
| астения |  |  |  |  |  |  |  |
| пеллагра |  |  |  |  |  |  |  |
| судорожный синдром |  |  |  |  |  |  |  |
| Обморочные состояния |  |  |  |  |  |  |  |
| С-м рвоты |  |  |  |  |  |  |  |
| БЭН или гипотрофия |  |  |  |  |  |  |  |
| Артериальная гипотония |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица №9

Дифференциальная диагностика синдрома гиперкортицизма

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология | жалобы | анамнез | Объективные данные | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение | Профилактика и прогноз |
| АГ неэндокринного генеза |  |  |  |  |  |  |  |
| феохромацитома |  |  |  |  |  |  |  |
| Генетическое ожирение |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица №10

Клиника и диагностика ВДКН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| форма | клиника | диагностика | Лечение |
|  |  |  |  |

**Составление плана терапии острой надпочечниковой недостаточности**

**Темы рефератов:**

1. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
2. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
3. Феохромацитома. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
4. .Инсиденталома надпочечников. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**Оформление выписного эпикриза**

В эпикризе все данные излагаются в следующем порядке:

1. Ф.И.О. и возраст больного, сведения из анамнеза болезни и объективное обследование при поступлении;

2. Обоснование диагноза с учетом основных проявлений, дифференциального диагноза и лабораторных данных;

3. Проведенное лечение и его эффективность. Непременно должны быть раскрыты динамика и особенности течения заболевания у ребенка. В конце эпикриза обосновываются рекомендации и план дальнейшего наблюдения за больным.

Больной (ФИО, возраст) находился в ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_ отделении с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ с

диагнозом:

Основной

Осложнения

Сопутствующий

Было проведено обследование (с указанием даты) :

Было проведено медикаментозное лечение (препараты, дозы, длительность), его эффективность, побочные явления/осложнения лекарственной терапии.

Состояние улучшилось (ухудшилось, без перемен), указать, в чем проявилось улучшение (ухудшение).

Прогноз в отношении выздоровления, трудоспособности, жизни.

Рекомендовано:

по режиму труда, отдыха,

питания,

объему и длительности медикаментозной терапии,

диспансерному наблюдению,

объему и длительность профилактического или противорецидивного лечения

План диспансерного наблюдения

План реабилитации

В эпикризе кратко и сжато излагаются основные данные о больном: фамилия, имя, возраст, дата поступления, на какой день болезни

поступил, диагнозы направившего учреждения и клинический диагноз

(выставлен на основании данных анамнеза, клинического наблюдения

и лабораторных методов исследования), течение заболевания в процессе наблюдения. Отмечается проводившееся лечение и состояние больного к моменту окончания курации. Даются рекомендации, указывается дальнейший режим и терапия, консультации и наблюдения специалистов в дальнейшем

**ОБРАЗЕЦ**

**Выписной эпикриз**

Министерство здравоохранения Оренбургской области

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

ГБУЗ «ОДКБ»

Ул.. Рыбаковская, д.3, г. Оренбург, 460000, телефакс 57-20-02

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ лет (\_\_), находился в эндокринологическом отделении с \_\_\_.19 по \_\_.19 на обследовании и лечении с

**ДИАГНОЗОМ**:***Сахарный диабет 1 типа, фаза декомпенсации без кетоза. Диабетический гепатоз; Дистальная сенсомоторная полинейропатия; Липодистрофии по гипертрофическому типу мест инъекций. Длительность заболевания 3 года 11 месяцев. Целевой уровень На1с <8,0%***

***Микроаномалия сердца: диагональная трабекула в полости левого желудочка. Миокардиодистрофия смешанного генеза, малосимптомный вариант, хроническое течение.***

*Адрес: Оренбургская область,*

*Мать:*

*Отец:*

Жалобы при поступлении: на

Из анамнеза: ребенок от \_ беременности, протекавшей на фоне анемии, ОАА, с токсикозом в первой половине, миопии средней степени, хронического отита, 1 срочных оперативных родов ( двурогая матка), масса при рождении \_\_\_\_, рост \_\_см. Естественное вскармливание до \_\_\_. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ППЦНС, бронхит, отит. Привит. Кровь, компоненты крови, аллергические реакции, операции, травмы, контакт с инфекцией-отрицает.

С \_\_\_\_ года состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I тип. Диету соблюдает. Самоконтроль 3-4 раза в сутки. Дневник ведет. Гликемия 2 – 17 ммоль/л. Ацетон мочи – отриц. Инсулинотерапия: хумалог 5-5-4 ЕД, лантус 7 ЕД в 21:00. Последняя госпитализация в ОДКБ в феврале 2016г. Находился в отделении РО с 24.08.16-26.08.16 , в ЛОР отделении с 26.08.16 по 30.08.16, далее переведен в эндокринологическое отделение. 24.08.16 проведена антромастоидотомия типично. Ухудшение в течение 7 дней, когда появились жалобы на головные боли, гноетечение, оттопыренность ушной раковины. Обратились в приемный покой по м\ж 24.08. На КТ –признаки правостороннего гнойного мастоидита. Направлен в ОДКБ.

Объективно: Состояние средней степени. Кожа смуглой окраски, чистая, удовлетворительной влажности. ПЖС истончен. Липодистрофии на животе, плечах, бедрах по гипертрофическому типу. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Отеков нет. ФР: масса тела 22,2 кг, рост 125см. ФР гипосомия. Щитовидная железа 0 степени, клинически эутиреоз. ПФ: Ах0Рв0V0F0

Уровень гликемии при поступлении 5,6 ммоль\л. Ацетон мочи – 5 ммоль/л

**ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

ОАК :\_\_\_.19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гемоглобин | Эритроциты | Лейкоциты | Тромбоциты | Гематокрит | СОЭ |
| г\л | 10\6 мкл | 10\3 мкл | 10\3 мкл | % | мм в ч |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п\яд | с\яд | моноциты | Эозинофилы | базофилы | лимфоциты |
| % | % | % | % | % | % |
|  |  |  |  |  |  |

Коагулограмма (.16) длительность кровотечения –\_\_сек, время свертывания – \_\_

Биохимический анализ крови(\_\_.16): о белок \_\_ммоль\л, альбумин \_\_ ммоль\л, мочевина \_\_ ммоль\л, о билирубин \_\_ мкмоль\л, АЛАТ \_\_ Е\л, АСАТ \_\_ Е\л, креатинин \_\_ мкмоль\л, калий \_\_ ммоль\л, натрий \_\_ ммоль\л, хлор \_\_ммоль\л.

**Гликемический профиль:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | 7:00 | 12:30 | 13:15 | 16:00 | 18:00 | 21:00 | 3:00 |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |
| .16 |  |  |  |  |  |  |  |

Гликированный гемоглобин Нва1с(\_\_.16) – \_\_\_ %( норма 4-6)

Газы крови(\_\_.19) ph \_\_ pCO2 – \_\_, pO2 -\_\_, K – \_\_, Са – \_\_

ОАМ( \_\_.19) с/ж, прозр, ph \_\_, белок отриц, глюкоза \_\_, ацетон-отриц, эпит 1-2 в п/зр, лейк 2-4 в п/зр.

Анализ мочи (\_\_19-\_\_.19) на сахар от 5,5% до отрицательного; р-я на ацетон – от 5,0 до отрицательного; удельный вес от 1008 до 1020.

Соскоб на я\г- отриц.

Клиренс по эндогенному креатинину(\_\_.16): клубочковая фильтрация – \_\_ мл/мин, канальцевая реабсорбция – \_\_%, креатинин крови -\_\_ ммоль/л, объем суточной мочи – \_\_ мл.

Анализ мочи по Зимницкому: относит.плотность – \_\_, белок не обнаружен, ДД: \_\_ мл. НД: \_\_ мл

МАУ(\_\_19)- \_\_ г/л

ЭКГ(\_\_.19): ЭОС горизонтальная. Синусовый ритм с ЧСС \_\_ в мин.

УЗИ внутренних органов (\_\_.19):

Консультации:

1. Офтальмолог: Глазное дно без патологии. Оптические среды прозрачные.
2. Невролог: Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия. Рекомендации даны.
3. Физиотерапевт: рекомендации даны.

**ЛЕЧЕНИЕ:** Стол № 9 , режим 2 , инсулинотерапия, инфузионная терапия: глюкоза 5%, NaCl 0.9%, KCL 7.5%, витамин В12, вицеф, амикацин, Витамин В1, В6, анальгин,цефтазидим, тропикамид однократно в оба глаза, физиотерапевтическое лечение: магнитолазер на область правого уха, ЛФК.

На фоне лечение состояние с положительной динамикой за счет стабилизации углеводного обмена. Гликемия на уровне 3.2-12.9 ммоль\л. Ацетон мочи: отрицательный. Выписывается с рекомендациями под наблюдение эндокринолога, педиатра, ЛОР, невролога по месту жительства.

**РЕКОМЕНДОВАНО:**

1. Наблюдение участкового педиатра, эндокринолога, невролога , ЛОР по месту жительства и ОДП.

2. Охранительный режим. Самоконтроль углеводного обмена **не менее 4-5** раз в день или чаще по показаниям. **Ведение дневника самоконтроля.** Контроль ацетона мочи не реже 2 раз в неделю.

3. Стол № 9. Не более 15 ХЕ( 5-54) в сутки, 2000 ккал\сутки

Целевая гликемия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень глюкозы крови перед едой (ммоль/л) | Уровень глюкозы крови после еды (моль/л) | Уровень глюкозы крови перед сном (моль/л) |
| 5,0-8,0 | 6,0-11,0 | 5,5-10,0 |

4**.** Инсулинотерапия:

Перед завтраком: Хумалог (инсулин лизпро) 5 ЕД

Перед обедом: Хумалог (инсулин лизпро)5 ЕД

Перед ужином: Хумалог (инсулин лизпро)4 ЕД

В 21:00 ч. Лантус (инсулин гларгин)8 ЕД

22 ед\сут, 0.9 ед\кг\сутки

Коррекция инсулина по уровню сахара крови. Не менее 5-7 ЕД инсулина в неделю на коррекцию сахара крови. Выписывать инсулин с учетом «подколок» , «отстрелов» и остатка во флаконе.

УК- с 6-12 лет

1.4хСДИ/вес( кг)

С 12-18 лет

2хСДИ/ вес( кг)

СДИ- суточная доза инсулина

ФЧИ-110/СДИ

5. Массаж мест инъекций, ЛФК. Фитотерапия.

6. Продолжить лечение:

-гепатопротекторы (карсил, эссенциале, липоевая кислота и др.) в возрастной дозировке х 2-3 курса в год

-элькар ( левокарнитин) 30% по 10 кап х2 раза в день-1мес

-поливитамины с МЭ х курсами по 1 мес в квартал.

Рекомендации невролога:

- нейромультивит 1 т х 2 раза в день х 30 дн.; затем винпоцетин 2.5 мг утром х 30 дн.; затем тиоктацид 300 мг утром х 30 дней.

7. Контроль веса 1 раз в 10 дней, роста 1 раз в 3 мес. АД х2 раза в день. Ведение дневника.

8. Контроль эндокринолога через 3 месяца или ранее по показаниям с дневником самоконтроля в ОДП.

9. УЗИ почек, МАУ через 3 мес

10. Рекомендации ЛОР врача прилагаются

**Пациент не способен осуществлять самостоятельно контроль за течением заболевания (производить подсчет хлебных единиц, оценивать адекватность количества вводимого инсулина на определенное количество пищи, содержащей углеводы, технику введения инсулина, потребность в инсулине короткого действия на 1 хлебную единицу в различное время суток с возможностью коррекции его дозы в зависимости от исходного уровня гликемии).**

В отделении карантина нет.

Суммарная эффективная доза рентгенологических исследований в стационаре: мЗВ.

Врач:

.Зав отд:

Зам гл врача:

Тесты

1 . КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ?

А) пожизненно

Б) на срок продолжительности криза

В) 2 месяца

Г) 6 месяцев

2. СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГКС ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ

СИНДРОМЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

А) 1/3 дозы Кортизона утром, 2/3 дозы вечером

Б) 2/3 дозы Кортизона утром, 1/3 дозы вечером

В) всю дозу Кортизона утром

Г) всю дозу Кортизона вечером

3УГНЕТЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОНАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ \_\_\_\_ МГ/СУТКИ

А) 5

Б) 10

В) 20

Г) 40

4. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ

А) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы

Б) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу В) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов Г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

5 ИСТИННЫМ ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ

А) состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий

Б) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)

В) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу Г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

6. СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) гермафродитное строение гениталий у девочек

Б) артериальная гипертензия

В) рвота у девочек

Г) артериальная гипотензия

7.ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

А) гипофиза

Б) щитовидной железы

В) гипоталамуса

Г) гонад

8 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

А) 17-оксипрогестерон в крови

Б) лютеинизирующий гормон

В) эстрогены

Г) фолликулостимулирующий гормон

9.АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

А) клубочковой зоной надпочечников

Б) задней долей гипофиза

В) щитовидной железой

Г) передней долей гипофиза

10ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А) гидрокортизон

Б) соматотропин

В) гонадотропин хорионический

Г) инсулин

11. ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ

А) непрырывную, пожизненую

Б) прерывистыми курсами

В) противорецидивную

Г) краткосрочную

12. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА

А) кортизола

Б) инсулина

В) адренокортикотропного

Г) тиреотропного

13ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Флудрокортизон

Б) Спиронолактон

В) Инсулин

Г) Ципротерон

14 ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА

А) кортизола

Б) инсулина

В) адренокортикотропного

Г) тиреотропного

15 ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17- ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

А) адреногенитального синдрома

Б) врожденного гипотиреоза

В) муковисцидоза

Г) фенилкетонурии

16. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ

А) гиперпигментация кожи

Б) желтушность кожи

В) петехиальная сыпь

Г) бледность кожи

17. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ

А) выраженную слабость, утомляемость

Б) повышение аппетита

В) повышение артериального давления

Г) повышение температуры тела

18 ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) артериальная гипертензия

Б) желтуха

В) повышенная ломкость костей

Г) артериальная гипотония

19 ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

А) изолированную

Б) простую

В) сольтеряющую

Г) стертую

20 ПРИ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ БОЛЬНЫМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМ СЛЕДУЕТ:

1. увеличить дозу гормональной терапии
2. снижение заместительной терапии гормонами
3. оставить дозу гормонов прежней
4. отменить гормоны

**Тема «Ожирение.»**

**Составление таблиц:**

**Таблица №1**

1. Дифференциальная диагностика форм ожирения

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| форма | этиология | патогенез | Особенности клинической картины | Лабораторные данные | Инструментальные данные | Лечение |
| простое |  |  |  |  |  |  |
| гипоталамическое |  |  |  |  |  |  |
| нейроэндокринных заболеваниях:  гиперкортицизм  гипотиреоз |  |  |  |  |  |  |
| ятрогенное |  |  |  |  |  |  |
| моногенное |  |  |  |  |  |  |
| Синдромальное |  |  |  |  |  |  |

Таблица №2

Синдромы, характеризующиеся развитием ожирения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название  синдрома | Характер  ожирения | Клинические  особенности | Генетический  дефект |
|  |  |  |  |

**Составить план обследования пациенту с ожирением**

**Компьютерная презентация:**

Жировой обмен

Перечислить:

Основные факторы, способствующие развитию ожирения

Классификация осложнений ожирения

**Темы рефератов:**

1. Метаболический синдром.

**Выписать рецепт**

Метформин, ребенку 12 лет, масса тела 65 кг

Орлистат , ребенку 17 лет, масса тела 98 кг

Липоевая кислота, ребенку 8 лет, масса тела 54 кг

**Оформление 1 дня госпитализации**

**пациента с ожирением**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г

Т\_\_\_\_\_\_\_С Время

Ps \_\_\_\_\_\_ в мин. Жалобы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЧД \_\_\_\_\_ в мин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт ст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания:

1.Предшествующая ранее госпитализация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Проводимое лечение и его эффективность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ухудшение состояния:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эпиданамнез:

1. В контакте с инфекционными больными были/ не были

2. В течение последнего месяца за пределы области выезжали/ не выезжали

3. Переливание крови, компонентов крови:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Проф.прививки: привит, мед.отвод, не привит, индивидуальный график

5. Хирургические вмешательства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Травмы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Аллергические реакции:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективное обследование:

Состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Сознание: ясное, спутанное, сопор, ступор, кома.

Телосложение: маскулинное, феминное, евнухоидное, хондродистрофическое, акромегалия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кожные покровы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_окраски, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_влажности,

пигментация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гипертрихоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов, стрии багровые, розовые, белые, распространенные, единичные в области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лимфоузлы: не увеличены, увеличены, эластичные, плотные, безболезненные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подкожно- жировой слой развит:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отеки, пастозность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мышцы развиты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Костно- суставная система: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Органы дыхания: дыхание через нос свободное, затруднено\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, кифоз, лордоз, сколиоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перкуторный звук:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, аускультативно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Органы кровообращения. Область сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Верхушечный толчок в \_\_\_\_\_\_\_\_межреберье. Тоны сердца: нормальной звучности, ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Шумы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Органы пищеварения: Аппетит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Жажда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Тошнота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Рвота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Язык: чистый, влажный, обложен налетом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Зев: чистый, гиперемирован\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, миндалины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, болезненный в \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печень: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стул: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Органы мочевыделения: Симптом Пастернацкого отрицательный, положительный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, болезненное\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_раз в сутки.

Энурез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Цвет мочи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Нервная система: Утомляемость\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Раздражительность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Менингеальные симптомы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

На осмотр реагирует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Гипоталамус- гипофиз.

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Масса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг. Рост\_\_\_\_\_\_\_\_си. АД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мм рт ст.

Физическое развитие на \_\_\_\_лет \_\_\_\_\_мес. Клинические признаки нарушения функции : нет, есть.

Избыток массы тела либо дефицит\_\_\_\_\_\_%, ИМТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг\м2.Норма \_\_\_\_\_ SDS ИМТ\_\_\_\_\_\_\_\_Норма\_\_\_

Щитовидная железа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_степени увеличения, эластичная, плотно- эластичная, «каменная», наличие узлов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нарушение функции: есть, нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции нет, есть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Судороги в анамнезе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наружные половые органы сформировались по мужскому, женскому типу, правильно, неправильно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половая формула\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половое развитие по Таннеру\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции: нет, есть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НПР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО, ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА:

Учитывая жалобы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, отягощена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прибавляет в массе с \_\_\_\_\_ лет. За последний год прибавил\_\_\_\_\_\_кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диету соблюдает, не соблюдает, в рационе питания преобладают\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные объективного состояния: ИМТ \_\_\_\_\_ кг\м2, Избыток массы тела\_\_\_\_\_ %, отложение подкожно-жировой клетчатки по геноидному, андроидному типу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стрии багровые, розовые, белые, распространенные, единичные в области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Артериальное давление: не повышается, повышается до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт ст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половое развитие (ПР): соответствует возрасту, опережает паспортный возраст, отстает от паспортного возраста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПР по Таннеру \_\_\_\_\_ст. ПФ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные параклинических методов исследований: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ставится диагноз:

Основной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснованность госпитализации:

1.Проведение пробы с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Проведение СМАД, СМЭКГ, КТ головного мозга

3. Коррекция терапии

4 Уточнение формы ожирения

5.Определение тактики ведения ребенка с ожирением

План обследования:

1.ОАК, ОАМ, соскоб на яйца глистов.

2. Биохимический анализ крови: о. белок, фракции, о. холестерин, о. билирубин, мочевая кислота, АЛАТ, АСАТ, А-ЛП, ТГЛ, кальций, фосфор, калий, натрий, хлор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Сахарная кривая\_\_\_\_\_\_\_гр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ЭКГ с нагрузкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, почек, надпочечников, щитовидной железы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Консультация невролога, ЭХО-ЭГ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Консультация окулиста (глазное дно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Консультация физиотерапевта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.Консультация диетолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В больничном листе нуждается/ не нуждается.

Больничный лист открыт с \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ матери/отцу(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Инвалидность: есть/нет по заболеванию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назначено лечение: режим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, стол № , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть** Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту. Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ. Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери. От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении – 3800 г, длина – 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит. При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес – 105 кг, рост – 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: В5Р5. Менструации с 12 лет, регулярные. Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л. HbA1с – 9,3%. С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450). Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Укажите возможные осложнения ожирения.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ожирение экзогенно-конституциональное 3 степени, осложнѐнное. Артериальная гипертензия. Сахарный диабет 2 типа.

2. Диагноз «ожирение» установлен на основании антропометрических показателей и данных физикального осмотра, избыток веса более 50%, ИМТ – 36,8 кг/м². Данные анамнеза свидетельствуют о конституциональной предрасположенности к ожирению, алиментарных погрешностях, гиподинамии. Артериальная гипертензия является осложнением ожирения. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании жалоб на периодическую жажду, сухость во рту, гипергликемии натощак выше 7,0 ммоль/л, HbA1с выше 6,5%. Учитывая ожирение, отсутствие кетоза, нормальный уровень С-пептида, диагностирован 2 тип диабета.

3. Рекомендовано: определение уровня инсулина в крови и индекса НОМА для оценки инсулинорезистентности; определение уровня ХС – ЛПВП, ХС – ЛПНП, триглицеридов для оценки гиперлипидемии как компонента метаболического синдрома; определение глюкозурии; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД; проведение ЭКГ и эхо-КГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции); консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, стеатогепатоз, театогепатит, нарушения полового развития, желчнокаменная болезнь, остеоартроз.

5. Диета с ограничением калорийности за счѐт легкоусвояемых углеводов и жиров, питание по принципу «хлебных единиц». Режим физических нагрузок (ежедневные, умеренные, в течение 1-1,5 часов). Учитывая высокий уровень гликированного гемоглобина (>7,0%), необходима инсулинотерапия. Гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или тиазидных диуретиков.

**Ситуационная задача**

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

**Основная часть**

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см. Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м 2 , объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты – 5,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.

3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?

4. Что включает современное комплексное лечение больного?

5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ожирение 3-4 степени, конституционально-экзогенное. Метаболический синдром. Диагноз поставлен на основании наличия у ребенка избыточной массы тела, по индексу массы тела. Ожирение конституционально-экзогенное, поскольку в семье близкие родственники (первая линия родства) имеют избыточную массу тела, семейные пищевые привычки соответствующие (сладкое, жирное, выпечка в пище в большом количестве). Наличие артериальной гипертензии, объѐм талии, гиперлипидемия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе позволяют диагностировать метаболический синдром.

2. РЭГ (исследование состояния сосудов головного мозга), СМАД (динамика артериального давления в течение 24 и более часов), УЗИ надпочечников (дифференциальная диагностика формы ожирения).

3. Врача-детского эндокринолога, врача-детского кардиолога.

4. Коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватные физические нагрузки — на основе мотивационного обучения с привлечением родителей и семьи. 5. В краткосрочной перспективе — удержание значения ИМТ в течение 6–12 месяцев наблюдения; в долгосрочной перспективе — уменьшение величины ИМТ, и далее – достижение «избыточной массы тела», затем «нормальной массы тела».

Тесты

1. ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОЖНОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЮТ

А) калиперометром

Б) динамометром

В) толстотным циркулем

Г) пикфлоуметром

2.В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) диетотерапию

Б) анорексигенные препараты

В) метод бандажирования желудка

Г) липосакцию

3.НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) отягощенная наследственность

Б) особенность пищевого поведения

В) низкий уровень физической активности

Г) нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом

4.ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наследственная предрасположенность

Б) нейроинфекция

В) длительное лечение стероидными препаратами

Г) хроническое соматическое заболевание

1. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА

А) консультация врача-окулиста с исследованием глазного дна

Б) рентгенография органов грудной клетки и консультация врача-диетолога

В) консультация врача-психолога

Г) консультация врача-диетолога

1. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

А) > +2,0

Б) +1,0 - + 1,99

В) – 0,99 - + 0,99

Г) -1,99 – - 1,0

7.ПАРАТРОФИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) увеличением подкожно-жирового слоя

Б) уменьшением подкожно-жирового слоя

В) неравномерным распределением подкожно-жирового слоя

Г) общим истощением

8 ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

А) состояния питания

Б) пропорциональности телосложения

В) физического развития в целом

Г) биологического возраста

9.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А) сахарный диабет 2 типа

Б) сахарный диабет 1 типа

В) несахарный диабет

Г) гипотиреоз

10К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ

А) перекорм, переедание

Б) психосоциальная депривация

В) эндокринные заболевания

Г) инфекционные заболевания

11. ТЕРМИН ПАРАТРОФИЯ ОЗНАЧАЕТ

А) хроническое расстройство питания с избытком массы по отношению к росту

Б) острое расстройство питания с дегидратацией

В) ожирение 4 степени

Г) хроническое расстройство питания с дефицитом массы

12. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

А) равен 25-30

Б) меньше 18,5

В) равен 18,5-25

Г) больше 30

13 ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА   
А) 18,5-25

Б) меньше 18,5

В) 25-30

Г) больше 30

14 УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПРОЦЕНТ ИЗБЫТКА МАССЫ СООТВЕТСВУЕТ 4 СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ:

1. свыше 100%
2. 10-29%
3. 30-49%
4. 50-99%
5. ДЛЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ ХАРАКТЕРНО:

А)Гиперлипидемия, дислипидемия, высокий уровень коэффициента атерогенности

Б) гипоинсулинизм

В)гипохолестеринемия

Г)гипогликемия

16. ХАРАКТЕРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. артериальная гипертензия
2. сахарный диабет 1 типа
3. миокардиодистрофия
4. желчекаменная болезнь

17 . КАКИЕ АЛИМЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮТ МЕСТО В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ:

1. частое питание небольшими порциями
2. избыточное употребление растительной пиши
3. избыточное употребление сои
4. избыточное употребление жиров, редкое питание, в основном во 2 половине дня

18КАКОВА СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОТОМСТВА, ЕСЛИ ОБА РОДИТЕЛЯ СТРАДАЮТ ОЖИРЕНИЕМ:

1. 100%
2. 10-20%
3. 50-60%
4. 70-80%

19 ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

а) развитие в раннем возрасте

б) наличие родственников с ожирением

в) развитие на 2 году жизни

Г) после 16 лет

20 . ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ:

1. уменьшение жиров и углеводов
2. гипокалорийное дробное питание
3. разгрузочные дни
4. содержание белков но возрасту

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если  студент обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется еслистудент обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем, |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется еслистудент не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки. |
| **проверка историй болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся даны правильные ответы на вопросы при защите истории болезни. Объяснение клинического мышления подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопросы при защите истории болезни. Объяснение хода клинического мышления подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся даны правильные ответы при защите истории болезни. Объяснение хода клинического мышления дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **представление презентации;** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к защите презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема презентации, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

*по экзаменационным билетам, в устной форме, в письменной форме, в форме демонстрации практических навыков, в форме тестирования*

Процедура проведения промежуточной аттестации и механизм формирования экзаменационного рейтинга регулируются следующими нормативными документами:

* Положение П 076.02-2019 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
* Положение П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Дисциплинарный рейтинг (*Рд*) по дисциплине обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга *(Ртс)* и экзаменационного рейтинга *(Рэ)* по формуле:

***Рд = Ртс + Рэ,***

*где:*

***Ртс*** – текущий стандартизированный рейтинг;

***Рэ*** – экзаменационный рейтинг.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии). Студент может максимально набрать 70 баллов текущего рейтинга и 30 баллов экзаменационного рейтинга.

Экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30.

Экзамен включает 3 задания, каждое из которых оценивается от 0 до 5 баллов:

1. Тестирование в электронной форме
2. Обследование пациента и решение ситуационной задачи
3. Теоретические вопросы билета (4 вопроса)
4. Решение ситуационной задачи по вскармливанию
5. Набор лабораторных, инструментальных методов исследования
6. Решение ситуационной задачи по оказанию неотложной помощи
7. Рецептура
8. Демонстрация практических навыков

Экзаменационный рейтинг формируется методом среднего арифметического всех набранных баллов за каждую контрольную точку

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рз | Средний балл | Рз | Средний балл |
| 30 | 5,0 | 22 | 3,6-3,7 |
| 29 | 4,8-4,9 | 21 | 3,5 |
| 28 | 4,6-4,7 | 20 | 3,3-3,4 |
| 27 | 4,5 | 19 | 3,1-3,2 |
| 26 | 4,3-4,4 | 18 | 3,0 |
| 25 | 4,1-4,2 | 17 | 2,9 |
| 24 | 4,0 | 16 | 2,8 |
| 23 | 3,8-3,9 | 15 | 2,7 |
|  |  | 14 | 2,6 и менее |

**30-27 баллов** зачетного рейтинга выставляются студенту в следующем случае:

При собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ОТЛИЧНО».

Оценки «отлично» выставляются если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы.

Тест: количество правильных ответов ≥ 91 %.

**26-21 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ХОРОШО».

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥81 %.

**20-15 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «удовлетворительно» выставляются, если в ответах допущены нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥ 71 %

**14-0 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «неудовлетворительно» выставляются, если в ответах материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине.

Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов <70 %

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов результаты промежуточной аттестации признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов. Таким образом, студент должен набрать дисциплинарный рейтинг не менее 50 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

Перевод дисциплинарного рейтинга в пятибалльную оценку по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **Оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** |
| 15 | 50 | удовлетворительно | 20 | 70 | хорошо | 25 | 86 | отлично |
| 16 | 54 | удовлетворительно | 21 | 74 | хорошо | 26 | 89 | отлично |
| 17 | 59 | удовлетворительно | 22 | 78 | хорошо | 27 | 92 | отлично |
| 18 | 64 | удовлетворительно | 23 | 82 | хорошо | 28 | 95 | отлично |
| 19 | 69 | удовлетворительно | 24 | 85 | хорошо | 29 | 98 | отлично |
|  |  |  |  |  |  | 30 | 100 | отлично |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Факультетская педиатрия, эндокринология»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с Положением П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рз**

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

**Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф),**

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной контроль, устный ответ, выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Количество баллов складывается как среднеарифметическое всех контрольных точек – входной контроль, методика клинического обследования, выполнение практического задания (самостоятельная работа студента). Устный ответ не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

4.2 Правила начисления бонусных баллов.

Формирование бонусных баллов по дисциплине определено п.8 и п.9 Положения П004.03-2020.

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- имеются единичные пропуски лекций при условии посещения всех практических занятий – 1 балл;

- наличие пропусков практических занятий – 0 баллов;

Результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по дисциплине:

- 1 место – 3 балла;

- 2 место – 2 балла;

- 3 место – 2 балла;

- участие – 1 балл.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**1. Экзаменационная программа по дисциплине «Факультетская педиатрия, эндокринология»**

**ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**1. Рахит**. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Лечение. Спазмофилия как синдром гипокальциемии на фоне острого течения рахита. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Исходы.

**2. ГипервитаминозD.**Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Исходы.

**3. Понятие о конституции** человека, конституциональных типах, диатезах. Аномалии конституции. Лимфатический диатез: проявления, прогноз. Метаболический диатез: проявления, прогноз. Экссудативно-катаральный диатез: проявления, прогноз. Аллергический диатез: проявления, прогноз. Современные направления профилактики развития заболеваний, связанных с диатезами.

**4. Атопический дерматит.** Классификация: стадии развития, периоды и фазы болезни, возрастные клинические формы. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Оценка степени тяжести (SCOARD). Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Федеральные клинические рекомендации.

**5. Хронические расстройства питания**. Классификация (гипотрофия, гипостатура, паратрофия ). БЭН. Этиология. Патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к назначению современных ферментных препаратов, мембраностабилизаторов и пробиотиков. Программы диетической коррекции. Использование специальных лечебных продуктов питания. Профилактика. Национальная программа по питанию 2010 – 2019г.г.

**6. Железодефицитная анемия**. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Новые лекарственные формы препаратов, используемые в терапии анемии у детей раннего возраста. Использование специальных продуктов (для кормящих матерей и младенцев) с целью профилактики анемии.

**7. Бронхиты**. Этиология. Роль инфекционных, физических и химических факторов в развитии бронхитов. Роль загрязнения атмосферного воздуха, пассивного и активного курения. Классификация. Острые бронхиты: острый (простой) бронхит, острый бронхиолит, рецидивирующий бронхит, обструктивный бронхит. Патогенез бронхитов. Особенности клинической картины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к бронхологическому обследованию. Лечение. Показания к антибактериальной терапии. Муколитическая терапия. Физиотерапия. Массаж. ЛФК. Исходы. Профилактика.

**8. Острый бронхиолит**. Этиология, патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. лечение. Профилактика.

**9. Острые пневмонии.** Классификация. Внебольничные и внутрибольничные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности очаговой, сегментарной, интерстициальной пневмонии. Течение. Осложнения. Особенности течения пневмоний у детей первого года жизни, страдающих рахитом, атопическим дерматитом, гипотрофией. Показания к госпитализации. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внутри- и внебольничных пневмоний. Профилактика. Стандарты и протоколы лечения детей с пневмонией. Федеральные клинические рекомендации.

**10. Хроническая болезнь легких (ХБЛ)** (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, хроническая интерстициальная пневмония). Факторы, предрасполагающие к развитию ХБЛ. Этиология. Патогенез. Первичная и вторичная ХБЛ. Классификация. Клиника в зависимости от формы ХБЛ. Особенности течения у подростков. Диагностика. Бронхо-легочные методы исследования: бронхоскопия, бронхография. Течение. Осложнения. Лечение в период обострения и ремиссии. Особенности антибактериальной терапии. Санация бронхов. Немедикаментозные методы лечения. Исходы. Профилактика.

**11. Бронхиальная астма**. Особенности течения бронхиальной астмы у детей в современных условиях. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в приступном периоде. Патогенез и клиника астматического статуса. Осложнения в приступном периоде. Клиника в послеприступном периоде. Осложнения при длительном течении астмы, протекающей с частыми рецидивами. Особенности течения бронхиальной астмы в раннем и пубертатном возрасте. Диагностика. Аллергологические кожные пробы. Определение общего и специфических IgE. Функция внешнего дыхания. Принципы лечения. Неотложная помощь в приступном периоде. Базисная терапия. Показания к назначению ингаляционных, системных кортикостероидов. Немедикаментозные методы лечения. Специфическая гипосенсибилизация. Исходы. Профилактика.

**12. Врожденные пороки сердца. Причины развития ВПС. Классификация.**

Пороки бледного типа. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Вариант Толочинова – Роже. ДМЖП в мембранозной части.Гемодинамика, клинические проявления, фаза течения заболевания, особенности. Острая сердечная недостаточность. Сроки выявления порока. Гемодинамические осложнения порока (синдром Эйзенменгера). Диагностика. Показания к раннему паллиативному варианту хирургического лечения. Сроки проведения радикальной кардиохирургической коррекции порока. Открытый артериальный проток (ОАП). Особенности гемодинамических нарушений. Клинические проявления. Показатели инструментального обследования. Показания к хирургической коррекции. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Гемодинамика. Сроки выявления. Клиника. Лечение в зависимости от стадии. Исходы. Лечение сердечной недостаточности. Атриовентрикулярная коммуникация. Полная и неполная формы. Гемодинамика. Клиника. Диагностика. Лечение. Пороки синего типа. Тетрада Фалло. Анатомические составляющие порока. Сроки выявления. Клиника. Причины отсутствия сердечной недостаточности. Изменения показателей периферической крови. Диагностика. Сроки появления цианоза. Лечение. Купирование одышечно-цианотических приступов. Показания к кардиохирургической коррекции. Полная транспозиция магистральных сосудов. Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Гемодинамика.Сроки хирургического лечения.

**13. Пороки с препятствием кровотоку**. Коарктация аорты. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Прогноз. Стеноз аорты. Гемодинамика.Клиника. Диагностика. Прогноз. Стеноз легочной артерии.Гемодинамика. Клиника. Диагностика. Прогноз. Хирургическое лечение пороков с препятствием кровотоку.

**ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

**14. Острая ревматическая лихорадка**(ОРЛ). Этиология. Современные взгляды на патогенез заболевания. Морфологическая основа функциональных нарушений. Значение неспецифического экссудативного компонента воспаления, определяющего остроту течения процесса. Основные критерии диагноза (Киселя-Джонса-Нестерова). Дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса. Классификация ОРЛ. Основные клинические проявления: кардит, полиартрит, хорея, анулярная эритема, ревматические узелки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Этапы. Исходы. Профилактика.

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.

**15. Приобретенные пороки сердца:** недостаточность митрального клапана, стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Гемодинамические нарушения. Сроки формирования пороков. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз.

**16. Характеристика течения ОРЛ:** острое, подострое, затяжное, вялое, латентное, непрерывно-рецидивирующее. Особенности течения течения ОРЛ у подростков. Этапное лечение ОРЛ. Лечение острого периода. Показания к назначению кортикостероидов. Особенности лечения хореи. Санаторно-курортоное лечение. Первичная и вторичная профилактика ОРЛ.

**17. Функциональные расстройства желудка.** Этиология. Патогенез Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Римские критерии IV (2016г). Особенности у детей грудного возраста, старшего возраста. Функциональная диспепсия.

**18. Гастродуодениты.** Хронический гастродуоденит. Соотношение факторов агрессии и защиты в этиологии. Роль Helicobacter pylori. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования желудочной секреции: внутрижелудочная рН-метрия. Эзофагогастродуоденоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лечения гастрита геликобактерной этиологии. Профилактика.

**19. Язвенная болезнь** желудка и двенадцатиперстной кишки. Роль агрессивных факторов и факторов защиты в возникновении язв. Роль нервной системы, изменения гуморальной регуляции в развитии язв. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии язвенной болезни. Особенности течения в подростковом возрасте. Диагностика. Методы выявления пилорического геликобактера. Лечение язвенной болезни (МаастрихтV 2017г). Осложнения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь при кровотечении и прободении язвы. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.

**20. Болезни желчевыводящих путей.** Классификация. Функциональные расстройства желчевыводящих путей (нарушения кинетики и биохимизма желчи). Синдром холестаза; механизмы формирования. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе функциональных расстройств билиарного тракта. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования (дуоденальное зондирование, холецистография, манометрия желчного пузыря ретроградная холангиопанкреатография, УЗИ печени, желчного пузыря. поджелудочной железы).МРТ. Компьютерная томография.Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от типа дискинезии. Профилактика.

**21. Холециститы.** Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дуоденальное зондирование. Показания. Ультразвуковое исследование. Показания. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика.

**22. Желчнокаменная болезнь.** Этиология. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. способствующие появлению камней. Клиника. Диагностика. Значение рентгенологического и ультразвукового исследования в диагностике холелитиаза. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Неотложная терапия при желчнокаменной колике. Показания к хирургическому лечению. Исходы Профилактика. Особенность заболеваний желчных путей у детей и подростков.

**23. Гломерулонефриты**. Классификация. Острый гломерулонефрит. Острое повреждение почек. Этиология. Патогенез. Роль стрептококка и вирусной инфекции в развитии острого гломерулонефрита. Морфологический вариант. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Характеристика базисной терапии. Осложнения. Острое повреждение почек Исход. Прогноз

**24. Хронический гломерулонефрит. Этиология.** Патогенез. Классификация. Морфологические критерии, характеризующие хронизацию процесса. Особенности клинической картины в зависимости от форм. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Характеристика базисной терапии. Показания к назначению гормональной терапии. Осложнения. Прогноз. Исход. Показания к биопсии почки. Нефротический синдром. Критерии диагностики. Клиника. Лечение. Прогноз.

**25. Инфекция мочевой системы: Пиелонефрит**. Понятие о неосложненной и осложненной ренальной инфекции. Этиология. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма). Патогенез. Классификация. Клиника. Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребенка. Диагностика. Значение УЗИ почек для ранней диагностики. Показания к проведению рентгенологических исследований (цистография, внутривенная урография), нефросцинтиграфия, МРТ, компьютерная томография. исследований. Дифференциальный диагноз. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Исходы. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

**26. Тубуло-интерстициальное поражение почек,** ассоциированное с врожденными пороками развития органов мочевой системы, уролитиазом, ПМР. Ранняя диагностика. ХБП Критерии диагностики. Профилактика прогрессирования. ХПН: классификация, клиника, диагностика, этапы лечения.

**НЕОНАТОЛОГИЯ**

**27. Введение в неонатологию.** Понятие о периодах внутриутробного развития плода, перинатальной и неонатальном периоде. Критерии живорожденности и жизнеспособности. Критерии доношенности, недоношенности и переношенности. Критерии морфофункциональной зрелости. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.

**28. Ранняя неонатальная адаптация,** метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по профилактике и коррекции.

**29. Организация медицинской помощи новорожденным в роддоме.** Оценка состояния новорожденного при рождении. Шкала Апгар, Дубовитца, Баллард. Оценки степени зрелости. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг на ФКУ, гипотериоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземию. Выписка из родильного дома, сроки, показания. Показания противопоказания к проведению БЦЖ и вакцинации против гепатита В.

**30. Внутриутробная гипоксия.** Понятие об острой и хронической гипоксии плода и новорожденного. Хроническая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез. Методы пренатальной диагностики и коррекции. Острая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез. Клиника и диагностика острого и восстановительного периода гипоксии. Роль нейросонографии (НСГ), ЭЭГ, биохимических и иных методов исследования в диагностике и реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Течение. Осложнения. Исходы.

**31. Реанимация новорожденных в родильном доме.** Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Лечение и особенности наблюдения в восстановительном периоде.

**32. Родовая травма.** Этиология. Патогенез. Клинические формы родовой травмы. **Внутричерепная родовая травма.** Клиника. Диагностика. Роль НСГ, КТГ и ЯМР в диагностике поражения мозга ребенка. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к хирургической коррекции. Исходы. Прогноз.

**33. Родовая травма спинного мозга.** Особенности клиники. Диагностика. Значение рентгенологических методов диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде лечения. Лечение в восстановительном периоде. Реабилитация.

**34. Задержка внутриутробного развития плода** (ЗВУР).Определение. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.

**35. Пренатальная** (внутриутробная) гипотрофия, как наиболее частая форма ЗВУР. Клиника. Степени гипотрофии. Диагностика. Лечение. Профилактика

**36. Врожденные инфекции.** Понятие об инфекционных эмбрио - и фетопатиях. Понятие о внутриутробном (анте- и интранатальном) инфицировании.

**37. Цитомегаловирусная инфекция.** Распостраненность вируса. Эпидемиология, патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунорофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз, лечение. .Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии.

**38. Врожденная герпесвирусная инфекция.** Эпидемиология. Роль герпесвируса I типа (HI) и П типа (НII). Патогенез клиника, течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии герпесвирусной инфекции.

**39. Врожденная краснуха.** Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.

**40. Врожденный листериоз.** Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

**41. Врожденный токсоплазмоз.** Распространенность. Особенности заражения. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Современные схемы терапии.

**42. Гемолитическая болезнь (ГБН).** Этиология. Классификация. **ГБН** на почве резус-конфликта. Патогенез. Клинические формы. Пре- и постнатальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Пренатальные и постнатальные методы лечения. Заменное переливания крови (ЗПК). Постнатальные ЗПК. Показания. Осложнения. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика. ГБН на почве конфликта по другим эритроцитарным антигенам (АВО). патогенез. Клинические формы Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Осложнения. Исходы. Профилактика.

**43. Респираторный дистресс –синдром** и массивная аспирация у новорожденных. Этиология РДС. Роль системы сурфактанта и системы альвеолярных макрофагов в патогенезе РДС. Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Использование шкалы Сильвермана. Диагностика. Рентгенологические признаки РДС. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Естественные и синтетические сурфактанты. Особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Осложнения терапии РДС. Исходы. Прогноз. Пренатальная профилактика. Массивная аспирация легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Роль дренажа бронхиального дерева, ИВЛ. Показания к назначению антибиотиков Прогноз.

**44. Геморрагическая болезнь новорожденных.** Этиология. Патогенез. Представление о становлении витамин-К-зависимого звена коагуляции. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

**45. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки**. Везикулопустулез, пузырчатка, абсцессы, эксфолиативный дерматит. Этиология, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Рациональный выбор антибиотиков. Профилактика.

**46. Пневмонии новорожденных.** Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Особенности врожденной и постнатальной пневмоний. ИВЛ ассоциированные постнатальные пневмонии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

**47. Недоношенные дети.** Понятие о недоношенности. ЭМТН. Причины недонашивания. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие недоношенных детей.

**48. Выхаживание и вскармливание недоношенных детей с различной** массой тела в родильном доме и на втором этапе выхаживания. Режим. Принципы кувезного содержания. Особенности ухода. Расчет питания. Методика вскармливания. Используемые смеси. Течение инфекционных заболеваний, гипоксии, родовой травмы у недоношенных детей. Онтогенетические особенности иммунной системы недоношенных детей в зависимости от гестационного возраста, влияющие на течение инфекционного процесса. Особенности клиники, течения, диагностики и лечения инфекционных заболеваний (врожденных инфекций, пневмонии, гнойно­септических заболеваний). Выхаживание и вскармливание больных недоношенных новорожденных. Особенности клиники, течения, диагностики и лечения гипоксии и родовой травмы у недоношенных новорожденных. Выхаживание. Вскармливание.

**ГЕМАТОЛОГИЯ**

**49. Гемофилия.** Классификация Этиология. Патогенез. Критерии тяжести гемофилии. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Диагностика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях. Осложнения. Прогноз.

**50. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.** Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Исходы. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Прогноз.

**51. Системный микротромбоваскулит.** Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника в зависимости от формы геморрагического васкулита. Постваскулитный нефрит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Течение.

**52. Гемобластозы. Острая лейкемия.** Современные представления об этиопатогенез злокачественных заболеваний кроветворной системы. Классификация. Диагностика острой лейкемии (морфологические, цитохимические, цитогенетические методы, метод иммунофенотипирования).

**53. Острые лейкозы**. Острый лимфобластный лейкоз. Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнение. Лечение (програмная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейролейкоза. Показания к трансплантации костного мозга (ТКМ). Прогноз.

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

**54. Сахарный диабет.** Определение. Эпидемиология сахарного диабета. Удельный вес в структуре общей заболеваемости и смертности. Этиология. Патогенез. Классификация. Периоды и стадии развития сахарного диабета. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Осложнения. Основные патогенетические механизмы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**55. Коматозные состояния при сахарном диабете** (гипергликемическая, кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактацидемическая комы). Причины. Клинические варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия коматозных состояний. Прогноз. Профилактика.

**56. Ожирение.** Определение. Эпидемиология. Этиология. Роль наследственной предрасположенности и факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**57. Болезни щитовидной железы.**Гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация (первичный, вторичный, третичный гипотиреоз; врожденный, приобретенный). Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**58. Гипертиреоз.** Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**59. Тиреотоксический криз.** Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика. Синдром тиреомегалии. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация.

**60. Спорадический зоб** - зоб Хосимото, эутериоидное ювенильное увеличение щитовидной железы, рак щитовидной железы, эндемический зоб. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**61. Болезни надпочечников.** Гипокортицизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

**62. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.** Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. Прогноз. Профилактика.

**63. Врожденная дисфункция коры надпочечников.** Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**64. Гиперкортицизм.** Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**65. Нарушения роста.** Задержка роста. Низкорослость. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**66. Высокорослость.** Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**67. Нарушение полового созревания.** Гипогонадизм. Преждевременное половое созревание. Нарушение половой дифференцировки. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**68. Болезни паращитовидных желез.** Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Экзаменационные задачи**

**Билет №1**

Пациент К., 12 лет, находится в кардиоревматологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении*** на колющие боли в сердце, проходящие самостоятельно, утомляемость, слабость, одышку при физической нагрузке, частые ОРВИ.

***Анамнез жизни.*** Ребенок от 3 беременности на фоне ОРЗ, кольпита, угрозы прерывания в 7-8 нед., хронического пиелонефрита, ОАА, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3500г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. На грудном вскармливании находился до 10 мес. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 3-4 раза в год. Проф. прививки по календарю.

***Генеалогический анамнез.*** Не отягощен.

***Анамнез заболевания***. С рождения выслушан шум в сердце.С 2007г появились жалобы на боли в сердце , утомляемость. Регулярно наблюдается в кардиологическом отделении. Госпитализируется на контрольное обследование.

***Объективно:*** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Носовое дыхание свободное. Зев не гиперемирован. ЧДД-26 в мин. ЧСС-100 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок в V м/р, локализован. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см от правой парастернальной линии, верхняя- II межереберье, левая – 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердечные тоны ритмичные, выслушивается систолический шум в II-III м/р слева, проводится за пределы сердца. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.Рост-149см,М- 27кг

***Задание***

1. Письменное оформление клинического обследования пациента

2. Поставьте предварительный диагноз

3. Составьте план обследования

4.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

* обоснуйте клинический диагноз
* составьте программу лечения

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: Нв 125 г/л, эр. 3,9 × 1012, ЦП 0,9, лейк. 6,4× 109 , п\я- 2 %, с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, СОЭ– 4 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1020, рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, креатинин 61,2мкмоль\л, в-ЛП 5,1 ммоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л.

**ЭКГ**: ЭОС отклонена вправо, ЧСС 106 в мин. Нагрузка на миокард правого желудочка.

**ЭХО-КС**: Вторичный дефект межпредсердной перегородки 6 мм с лево-правым сбросом крови. Увеличены правые отделы сердца. Сократительная способность миокарда в норме.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются

**Билет№2**

Девочка, 11 мес находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

Жалобы на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Беллакт»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). Ребенок из группы ЧБД, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.

Режим питание не соблюдает. В питании преобладает вегетарианская пища. Ребенок из семьи с отягощенным социальным анамнезом.

При амбулаторном обследовании в анамнезе в ОАК неоднократно снижение гемоглобина. Назначенные участковым педиатром препараты не принимала.

При поступлении: состояние средней тяжести, вялая, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы и ногти тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается функциональный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка у реберного края. Стул со склонностью к запорам, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Задание.**

1.Выделите ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

- составьте план обследования

2 Проведите анализов анализов, дифференциальную диагностику.

-Обоснуйте клинический диагноз.

-.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ (2)**

**ОАК**: Hb – 75 г/л, Эр – 3,0х1012/л, ЦП– 0,78; ретикулоциты – 1,0%, Лейк – 7,2х109/л, п/я – 2%, с/я– 20%, лимф – 64%, эоз – 14%, мон – 8, СОЭ – 14 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

**Биохимический анализ крови**: белок – 68 г/л, билирубин общий– 14,2 мкмоль/л, сывороточное железо – 6,3 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность – 88,9 мкмоль/л.

**Общий анализ мочи**: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий в поле зрения, лейк – 0–1 в поле зрения, эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Копрограмма:** оформленный, лейкоциты 1-2 в п.зр, детрит-значительное количество, крахмал-незначительное количество, непереваренная раст. клетчатка-незначительное количество, обнаружены цисты лямблий.

**Миелограмма-**умеренная нормобластическая реакция , резкое снижение содержания сидеробластов, увеличение полихроматофильных нормобластов, Бласных клеток не обнаружено

**Билет №3**

Пациент В., 9 лет, находится в кардиоревматологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении*** на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость.

***Анамнез жизни.*** Ребенок от 1 беременности на фоне токсикоза 2 половины беременности, анемии, ОРЗ в 6 нед., 1 родов на 40 неделе. Масса тела при рождении 2900г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 б. На грудном вскармливании находился до 1 года. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, бронхит 2-3 раза в год, дважды пневмония. Проф.прививки по календарю.

***Генеалогический анамнез.***У дяди шум в сердце, у племянника отца ребенка ВПС, у деда протезированный клапан сердца.

***Анамнез заболевания***. Впервые шум в сердце выявлен в возрасте 2,5 мес., обследован в ОДП. Регулярно наблюдается кардиологом.

***Объективно:*** Состояние при поступлении средней степени тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые. Зев не гиперемирован. ЧДД-28 в мин. ЧСС-110 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок в V м/р. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2 см кнаружи от стернальной линии, верхняя- II межреберье, левая – 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердечные тоны ритмичные, выслушивается грубый систолический шум в II м/р справа, проводится за пределы сердца. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.Рост-144см ,масса-28кг

***Задание***

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

4.Обоснуйте клинический диагноз

5.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК** Нв 128 г/л, эр. 3,9 × 1012, ЦП 0,9, лейк. 4,6× 109 , п\я- 2 %, с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, СОЭ– 10 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1015,рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, , креатинин 61,2мкмоль\л, в-ЛП 5,1 ммоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л.

**ЭКГ**: ЭОС отклонена вправо, синусовый ритм ЧСС=114 мин. На вдохе миграция предсердного водителя ритма. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Значительно нарушены процессы реполяризации желудочков. Нагрузка на миокард левого желудочка, правого предсердия.

**ЭХО-КС**: умеренный клапанный стеноз аорты с градиентом давления 36 мм.рт.ст., краевой фиброз. Увеличение полости левого желудочка, правого предсердия. Утолщены стенки левого желудочка. Сократительная способность миокарда 46%.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются

**УЗИ щитовидной железы**: общий объем 2,7мл, паренхима однородна, эхогенность не изменена, положение обычное, узлов нет. Уровень гормонов: ТТГ, Т3,Т4- в норме.

**Билет 4**

Больной Т, 9 лет, находится в кардиоревматологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении***, на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, боли в сердце.

***Анамнез жизни.*** Ребенок от 1 беременности на фонеLuis, хронического гепатита, 1 родов на 38 неделе. Масса тела при рождении 3700г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 б. На грудном вскармливании находился до 10 мес. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 3-4 раза в год. Проф.прививки по календарю.

***Генеалогический анамнез.***У тети по материнской линии ВПС

***Анамнез заболевания***. Впервые шум в сердце выявлен в возрасте 3 мес.Ежегодно находится на контрольном обследовании в кардиологическом отделении. Консультирована кардиохирургом. Госпитализируется на контрольное обследование.

***Объективно:*** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Зев не гиперемирован. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД-26 в мин. ЧСС-100 в мин. Верхушечный толчок в V м/р на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см кнаружи от правой стернальной линии, верхняя- II межреберье, левая – 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердечные тоны средней громкости, ритмичные, выслушивается систолический шум в II-III м/р слева, усиление II тона над легочной артерией. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.Масса-40кг,рост-145см

***Задание***

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

* обоснуйте клинический диагноз
* составьте программу лечения

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: Нв 121 г/л, эр. 3,9 × 1012, ЦП 0,9, лейк. 4,4× 109 , п\я- 2 %, с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, СОЭ– 9 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1019, рН- 6,5, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, , креатинин 61,2мкмоль\л, в-ЛП 5,1 ммоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л.

**ЭКГ**: ЭОС отклонена влево, синусовый ритм ЧСС=82-90 в мин. Не полная блокада правой ножки пучка Гиса. Не значительно нарушены процессы реполяризации желудочков. Нагрузка на миокард обоих желудочков.

**ЭХО-КС**: сократительная способность не нарушена . ДМПП 4 мм, ДМЖП 6мм. Градиент давления в легочной артерии 13 мм.рт.ст.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются

**Билет№6**

Девочка С, 11 лет, находится в кардиоревматологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

**Жалобы при поступлении:** на утомляемость, колющие боли вобласти сердца, проходящие самостоятельно, головные боли, частые простудные заболевания.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1 и 2ой половины беременности, вирусного гепатита В,1 срочных родов. Масса при рождении 3500г, рост =49 см. оценка по шкале Апгар 6\7 б. На грудном вскармливании до 1 мес. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 5-7 раза в год.

**Генеалогический анамнез:** врожденных пороков в семье нет.

**Анамнез заболевания:** с рождения у девочки выслушивается систолический шум в сердце. В 2006 г. выставлен диагноз – ВПС - стеноз аортального клапана. В ноябре 2006г в кардиохирургическом центре г. Челябинска проведена баллонная вальвулопластика. Регулярно наблюдается кардиологом ОДП.

**Объективно:** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Зев не гиперемирован. ЧДД-26 в мин. ЧСС-96 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: левая - среднеключичная линии, верхняя- 2 межреберье, правая – 1 см кнутри от парастернальной линии. Тоны сердца громкие, аритмичные, систолический шум по левому краю грудины, проводится за пределы сердца. Пульс на бедренных артериях определяется. Ослабления тонов сердца при наклоне туловища вперед нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.Масса-30кг,рост-151см

**Задание.**

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Составьте план обследования

3. Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

4. Обоснуйте клинический диагноз

5. Составьте программу лечения

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: Нв 121 г/л, эр. 3,9 × 1012, ЦП 0,9, лейк. 8,4× 109 , п\я- 2 %, с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, СОЭ– 15 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1015,рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, креатинин 61,2мкмоль\л, в-ЛП 4,1 ммоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л.

**ЭКГ**: ЭОС отклонена вправо. Выраженная синусовая тахикардия ЧСС=100-103 в мин. На вдохе миграция предсердного водителя ритма. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Значительно нарушены процессы реполяризации желудочков.

**ЭХО-КС**: створки аортального клапана утолщены, деформированы, градиент давления на аорте 65 мм.рт.ст., регургитация ++. Створки разрыхлены по свободному краю. ПМК 6 мм, митральная регургитация +. Увеличена полость левого желудочка. Сократительная способность миокарда в норме.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**Билет №7**

Пациент Б. 8 лет, находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

**Жалобы:** на высыпания на нижних конечностях, ягодицах, туловище, отек и болезненность голеностопных и коленных суставов.

**Анамнез жизн**и**:** ребенок от 4 беременности, протекавшей с гестозом первой половины, угрозой прерывания, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 4060г, длина 51 см. К груди приложен на 1 сутки. На грудном вскармливании до 12 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: аденовирусная инфекция, ветряная оспа.

**Генеалогический анамнез** у дяди по материнской линии – ревматоидный артрит.

**Анамнез заболевания:** . После перенесенного ОРЗ и множественных укусов комаров появились гемморагические высыпания на нижних конечностях, затем появились высыпания на руках, отек и болезненность левого коленного сустава. Мама самостоятельно в течении 5 дней давала ампициллин, супрастин. На 6-е сутки болезни появились гемморагические высыпания, на голенях,ягодицах, отеки и боли в голеностопных суставах.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Пропорционального телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, ягодицах, руках папулезно-геморрагические элементы от 1 до 5 мм., симметричные. Элементы сыпи четкие отграниченные от окружающей кожи, слегка приподняты из – за отека. В некоторых местах в центре элементов сыпи появление некрозов и корочек. Видимые слизистые бледные и чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы по внешнему виду не изменены, объем движений в них не ограничен. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Паренхиматозные органы - печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Масса-17кг,рост 102см

**Задание**

1.Выделите ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

- составьте план обследования

2 Проведите дифференциальную диагностику.

-Обоснуйте клинический диагноз.

-.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: НВ 111г/л, эр.4.3т/л, тромб.273г/л, Л.7,3т/л, с/я.64%, л.34 %, м.2%, СОЭ 7мм/ч. Время свёртывания начало – 1 мин 20 сек, конец 4 мин 10 сек., длительность кровотечения 3 мин 15 сек.

**БАК:** общ. белок- 74, альб- 44,7, хол. - 4,2, общ. билирубин- 11, связанный 3,0, свободный 8,0 , АлАТ- 14,0, АсАТ- 10,8, глюкоза 5,4 ммоль/л, кальций- 2,4, калий- 4,53, натрий 143,2, хлор- 108,4.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд. вес 1025, рН - 6,0, белок – отриц., эпит. – един., лейк. – един.

**Анализ кала:** обнаружены цисты лямблий.

IgG , IgM к АГ хламидий отр.

Титр АСЛО, ревматоидный фактор отрицательный.

**Коагулограмма:** ПТИ 100 %, АЧТВ 18 сек., фибриноген 6,8г/л .

**Иммунограмма:** лимфоцитарного типа с лейкоцитозом, уменьшением уровней СД3, СД 4, СД19, фагоцитарных показателей. Процент показателей отклоняющихся от нормы составляет 47 (2 степень).

**ЭКГ** нормальное положение ЭОС, лёгкая синусовая тахикардия 109 в минуту, нарушены процессы реполяризации в миокарде желудочков.

**ЭХОКС** полости сердца не увеличены, ССМ в норме, ПТК 1 степени с регургитацией +, лёгочная регургитация +.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень 112-43мм, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**Билет №8**

Больной К., 13 лет, поступил в отделение гематологии.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 380 С, вялость, похудание, увеличение лимфатических узлов.

**Анамнез жизни:** ребенок от II беременности, I родов на 43 неделе путем кесарева сечения. Масса при рождении 3,330, рост 57см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез не отягощен. Прививки сделаны по календарю. На естественном вскармливании до 1,5 лет. ОРВИ 3-4 раза в год, перенес ветряную оспу, гемотрансфузий не было.

**Анамнез заболевания:** со слов мамы ребенок болен около 3 недель, когда повысилась температура до 380С, отмечалась боль в горле. Обратились к участковому педиатру, был выставлен диагноз ОРЗ, лимфаденит. Через 10 дней мама заметила увеличение лимфоузлов в подчелюстной области. Находился в инфекционной больнице с диагнозом: лакунарная ангина, полиаденопатия. Ребенок был направлен в ОДП.

**Объективно:** общее состояние тяжелое Кожные покровы бледные, мелкоточечная петехиальная сыпь и экхимозы на коже ягодиц, спины, верхних и нижних конечностях туловища. Видимые слизистые бледные и чистые. Отмечается системное увеличение периферических лимфоузлов до 5-х мм в диаметре. Болезненность при перкуссии по грудине. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Со стороны паренхиматозных органов печень + 8см, селезенка +10 см, плотной консистенции. Масса-29кг.рост-154см

**Задание.**

1.Выделите ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

- составьте план обследования

2 Проведите анализов анализов, дифференциальную диагностику.

-Обоснуйте клинический диагноз.

-.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: лек. 111т/л, Нв- 77 г/л, эрит. 2,82 т/л, СОЭ-35 мм/час, тр.-61 тыс., бласты 17%, п/я- 3%, с/я- 24%, мон.- 8%, лимф.-47%.

Время свертывания – 4 мин.30 сек.

Длительность кровотечения – 5 мин.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1021 ,рН- 7,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**БАК-** об.белок- 57 г/л, альбумин- 37,8%, мочевина-7,8 мкмоль/л, креатинин- 121,5мкмоль/л, ХС- 6,9 ммоль/л, о.билирубин- 13,8 мкмоль/л, АЛАТ- 20,4 Е/л, АСАТ- 271, 2 Е/л, ЩФ- 329,0 Е/л, глюкоза- 4,5 млмоль/л, железо- 29,0 моль/л, ОЖСС- 41,8 моль/л, ЛДГ 16300,0 Е/л, мочевая кислота- 661,8 ммоль/л.

**Миелограмма-** пунктат гиперклеточный мономорфный по составу, тотальная метаплазия бластными клетками 99%.Отмечается выраженный полиморфизм бластных клеток.

Цитохимическая реакция на миелопероксидазу в клетках – отрицательная. низкая активность эстераз, положительная – интенсивная ШИК –реакция в виде гранул, реакция на фосфолипиды отрицательная

**Иммунофенотипирование**: иммунофенотип соответствует В-лимфоидной дифференцировки бластных клеток.

**Молекулярно-генетическое исследование**: транслокации генов нет.

**Ликворограмма:** бесцветная, прозрачная жидкость, цитоз – 1 кл. в 1 мм/куб. Белок- 0,039 г/л., реакция Панди – отрицательная, бластные клетки не обнаружены.

**УЗИ внутренних органов:** печень 162х86 мм эхогенность снижена, селезенка 143х45 мм, почки: левая- 149х67мм, правая- 156х72 мм, эхогенность повышена, в воротах печени л/узлы: 22х27 мм, 31х14 мм.

**Билет№ 9**

Девочка 3 года, находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

**Жалобы:** на периодические носовые кровотечения, спонтанное появление экхимозов на коже туловища и конечностей.

**Анамнез жизн**и**:** ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом первой половины, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина

56 см. К груди приложен на 1 сутки. На грудном вскармливании до 1 года. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 1-2 раза в год.

**Анамнез заболевания:** девочка наблюдается гематологом, неоднократно проходила стационарное лечение. Последнее ухудшение связано с носовым кровотечением в течении суток.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Пропорционального телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, экхимозы на коже верхних и нижних конечностей разные по величине и окраске, элементы сыпи поверхностные при пальпации изменения не отмечается , единичные элементы петехиальной сыпи на туловище. Кожные пробы щипка и жгута положительные. Видимые слизистые бледные и чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Паренхиматозные органы - печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Масса-18кг,рост-108см

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы

2. Поставьте предварительный диагноз

3. Составьте план обследования

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Обоснуйте клинический диагноз.

6. Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: Нв 90 г/л, эр. 3,02\*10/л, ЦП 0,9, лейк.8,4, п\я- 2%,с\я-54%, э-1%, л-38%, м-5%, Тр. 42 \*103/л. СОЭ– 4 мм\ч. Время свертывания- 4 мин 20 сек, Длительность кровотечения 15 мин

Ретракция кровяного сгустка – 40%, ПТИ – 100%,

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1021 ,рН- 7,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, креатинин 61,2мкмоль\л, билирубин общ-13,4мкмоь\л.

**ЭКГ**: вертикальное положениеЭОС. предсердный ритм 60 в мин.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**Миелограмма:** повышенное количество мегакариоцитов в костном мозге, слабая « отшнуровка» тромбоцитов, при нормальном содержании эритроцитарного и миелоцитарного ростка.

**Билет № 10**

Ребенок Т. 8 лет, находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

**Жалобы:** на частые носовые кровотечения, спонтанное появление экхимозов.

**Анамнез жизн**и**:** ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины, угрозы прерывания, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3600 г, длина 52 см. К груди приложен на 1 сутки. На грудном вскармливании до 6 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ОРЗ – 2 – 3 раза в год., ангины.

**Анамнез заболевания:** После перенесенной ОРВИ ( 3 недели назад) стали появляться обильные экхимозы на туловище, конечностях, частые носовые кровотечения, периодические синяки на теле. В контрольном анализе крови снижение тромбоцитов до 4 тыс./л. Поступил в отделение для постановки диагноза и коррекции терапии.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Пропорционального телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, экхимозы на коже верхних и нижних конечностей на разных стадиях развития, множественные элементы петехиальной сыпи на туловище. Кожные пробы щипка и жгута положительные. Видимые слизистые бледные и чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Паренхиматозные органы - печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Масса-23кг,рост-137см

**Задание.**

1.Выделите ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

- составьте план обследования

2 Проведите анализов анализов, дифференциальную диагностику.

-Обоснуйте клинический диагноз.

-.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК**: Нв 106 г/л, эр. 3,2, ЦП 0,9, лейк.12,6, п\я- 2,с\я-71, л-22, м-5, Э -10%

Тр. 80\*109/л тыс. СОЭ– 4 мм\ч. Время свертывания- 5 мин, 31 сек; длительность кровотечения 16 мин

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1021 ,рН- 7,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – един.

**Соскоб на я/г**– я/г не обнаружены

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 64 г/л, альбумины 42,7г\л, креатинин 61,2мкмоль\л, биллирубин общ-13,4мкмоь\л, АСАТ – 25,3 Е/л.

АлАТ – 10,6 Е/л

**ЭКГ**: вертикальное положениеЭОС. Синусовый ритм 60 в мин.

**ЭХО-КС**: Полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. ПМК 1 степени с регургитацией. Диагональная трабекула в полости левого желудочка.

**УЗИ внутренних органов**: печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь – не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка – не увеличена, паренхима однородная. Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**ИФА на ЦМВ** - IgG – пол.

**Исследование гребешкового пунктата**: Пунктат клеточный полиморфный по составу. Представлен всеми ростками кроветворения. Лейкоэритропоэз с преобладанием зрелых форм. бластных клеток не обнаружено. Мегакариоцитарный росток гиперплазированный, представлен оксифильными и базофильными мегакариоцитами, без отшнуровки тромбоцитов. Тромбоциты единичные в препаратах.

**Билет №11**

Больная А., 6 лет, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении*** на боли в животе до и после еды, тошноту, изжогу, кислый привкус во рту, снижение аппетита, слабость, вялость.

***Анамнез жизни.*** Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии, 1 срочных родов.

Масса тела при рождении 4200г, рост 55 см. Оценка по Апгар 7/8 б. На грудном вскармливании находился до 1 года. Проф.прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редко болеет простудными заболеваниями.

***Генеалогический анамнез.*** Мать ребенка страдает хроническим гастритом, у дедушки по линии матери ИБС, у бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у бабушкипо линии отца – язвенная болезнь 12п.кишки.

***Анамнез заболевания:*** В течение года ребенка беспокоят боли в области эпигастрия и околопупочной области. Боли возникают периодически после погрешностей в еде (газированные напитки, чипсы), сопровождаются тошнотой, изжогой, отрыжкой воздухом. Лечение ранее не получала, госпитализируется впервые.

***Объективно:***Состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, умеренной влажности, бледные, выражены периорбитальные тени. Зев спокоен. Удовлетворительного питания, нормостенического телосложения. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастных норм. Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Аппетит снижен. Язык густо обложен белым налетом по всей площади, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи,Ортнера-Грекова, Боаса) отрицательные. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам, оформлен, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Рост – 115см. Вес – 21 кг.

***Задание***

1. Поставьте предварительный диагноз

* составьте план обследования

2. Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

* обоснуйте клинический диагноз,
* составьте программу лечения

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

**ОАК**: Нв 119 г/л, эр. 3,64 10\л, ЦП 0,9, лейк.6,6 10\л, п\я- 4%,с\я-57%, э-3%, л-30%, м4%, СОЭ–5 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1018, рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – 1-2 в п\зр, оксалаты -единич.

**Соскоб на я/г**–обнаружены яйца остриц.

**Копрограмма:** оформленный, лейкоциты 1-2 в п.зр, детрит-значительное количество, крахмал-незначительное количество, непереваренная раст. клетчатка-незначительное количество, обнаружены цисты лямблий.

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 75 г/л, мочевина 4,5 ммоль\л ,холестерин 4,2 ммоль\л, биллирубин общий 13,5мкмоль\л, АЛАТ 13,0 Е\л, АСАТ 14,2 Е\л,

**ИФА крови на лямблии** – титр АТ 1:400

**УЗИ внутренних органов**:

- печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные.

- Желчный пузырь –не увеличен, стенки в норме, просвет свободен.

- Поджелудочная железа –размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены.

- Селезенка – не увеличена, паренхима однородная.

- Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**ЭГДС:** Пищевод свободно проходим, слизистая розовая, стенки эластичные, перистальтика глубокая, симметричная, кардия смыкается, линия –Ζчеткая. Желудок в объеме не увеличен. В просвете в просвете жедудка большое колличество желчи. Стенки эластичны. Слизистая желудка умеренно отечна, гиперемирована, в области тела и антральном отделе участки эрозивной поверхности. Привратник округлый, функционирует ритмично, смыкается полностью. Луковица 12п.кишки не деформирована. Слизистая 12 п.кишки мозаично гиперемирована, эрозивная. Эндоскопическая картина очагового эрозивного гастрита, проксимального дуоденита. РН-метрия: гиперацидное состояние.

**Экспресс-диагностика** хелико-бактериоза – «Хелик аппарат». Заключение: инфицирован.

**Билет № 12**

Больная Т., 7 лет, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении*** на боли в животе преимущественно натощак, рвоту, тошноту, чувство тяжести после еды.

***Анамнез жизни.*** Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне отягощенного акушерского анамнеза (2 мед.аборта), угрозы прерывания беременности в 5-6 недель и 12 недель, ОРЗ, хронического тонзиллита, 1 срочных родов.

Масса тела при рождении 3200г, рост 55 см. Оценка по Апгар 7/8 б. На грудном вскармливании находился до 6 мес. Проф.прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год, отит, бронхит.

***Генеалогический анамнез.*** Не отягощен.

***Анамнез заболевания:*** В течение 6 месяцев беспокоят боли в области эпигастрия и околопупочной области. Боли возникают периодически после погрешностей в диете (жаренное, печеное), купируются самостоятельно. Госпитализируется впервые.

**Объективно:** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периорбитальные тени. Удовлетворительного питания, нормостенического телосложения.Масса 24,6, рост 126см. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастных норм. Тоны сердца громкие, ритмичные Аппетит снижен. Язык густо обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Стул - неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

***Задание***

1. Поставьте предварительный диагноз

* составьте план обследования

2. Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную диагностику

* обоснуйте клинический диагноз,
* составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

**ОАК**: Нв 129 г/л, эр. 4,64 10\л, ЦП 0,9, лейк.6,6 10\л, п\я- 2%,с\я-51%, э-7%, л-35%, м5%, СОЭ–5 мм\ч.

**ОАМ**: соломенно-желтая, прозрачная, уд.вес 1015, рН- 5,0, белок – отриц., эпит – ед, лейк. – 1-2 в п\зр.

**Соскоб на я/г**–обнаружены яйца остриц.

**Копрограмма:** оформленный, лейкоциты 1-2 в п.зр, детрит-значительное количество, крахмал-незначительное количество, непереваренная раст. клетчатка-незначительное количество.

**Бихимич. анализ крови**.: общ. белок 78 г/л, мочевина 3,5 ммоль\л ,холестерин 4,2 ммоль\л, биллирубин общий 15,5мкмоль\л, АЛАТ 13,0 Е\л, АСАТ 14,2 Е\л,

**ИФА на лямблии** – отр.

**УЗИ внутренних органов**:

- печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные.

- Желчный пузырь –не увеличен, стенки в норме, просвет свободен.

- Поджелудочная железа –размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены.

- Селезенка – не увеличена, паренхима однородная.

- Почки – положение, форма, размеры обычные, слои дифференцируются.

**ЭГДС:** Пищевод свободно проходим, слизистая гиперимирована, стенки эластичные, перистальтика глубокая, симметричная, кардия смыкается, линия –Ζчеткая. Желудок в объеме не увеличен. В просвете мутная слизь. Слизистая желудка в теле и антральном отделе рыхлая, гиперемирована. Слизистая луковицы 12 п.кишки гиперемирована, зернистая. Заключение: признаки гранулярного гастрита, поверхностного бульбита. РН-метрия: гиперацидное состояние.

**Экспресс-диагностика** хелико-бактериоза – «Хелик аппарат». Заключение: инфицирован.

**Билет №13**

Пациент, 7 лет, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ г.Оренбурга на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении:*** на изменения цвета мочи (цвет мясных помоев), пастозность лица, боли в животе, отеки на ногах.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-2 половины беременности, I срочных родов. Масса при рождении 3700 гр, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Находился на грудном вскармливании до 1 года. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ до 5 раз в год, ангины, отит. Генеалогический анамнез: не отягощен.

***Анамнез заболевания:*** 4 недели назад мальчик перенес ОРВИ с повышением температуры тела до 39,5°С, с кашлем, признаками отита. За медицинской помощью не обращались, 2-3 недели спустя мама ребенка заметила изменение цвета мочи (моча приобрела цвет мясных помоев), температура тела не повышалась. По месту жительства в ОАМ белок ,686 г/л, лейкоциты 2-5 в поле зрения, эритроциты – сплошь. Ребенок госпитализирован в гастронефрологическое отделение с диагностической и лечебной целью.

***Объективно:*** Состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Отмечается отеки на лице, голенях. При осмотре зева: миндалины рыхлые, выступают за края небных дужек. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца средней громкости, ритмичные, ясные. ЧСС 92 в мин. АД 150/95 мм.рт.ст. Аппетит снижен. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, редкое,есть изменения цвета мочи, диурез снижен – выделено за сутки 150 мл мочи. Масса - 23 кг, рост – 122 см.

**Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Составьте план обследования;

3. Проанализируете данные лабораторных и инструментальных методов исследования, дифференциальную диагностику;

4. Обоснуйте клинический диагноз;

5. Составьте программу лечения.

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 109 г/л; RBC – 3,5\*1012/л; ЦП – 0,85; WBC 14,9\*1012/л; п/я – 8%, с/я – 54%, л – 22%, э – 9%, м – 7%; СОЭ – 25 мм/ч.

**ОАМ:** цвет «мясных помоев», удельный вес 1025, рН – 5,0, белок – 1,79 г/л, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 5-8 в поле зрения, эритроциты – сплошь, цилиндры гиалиновые – 1-3 в поле зрения.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 72 г/л, альбумины – 46 г/л, мочевина – 19,1 ммоль/л, холестерин – 3,7 ммоль/л, креатинин – 212 мкмоль/л, К – 6,5 ммоль/л, Na – 120 ммоль/л, Ca – 2,2 ммоль/л.

**Анализ крови на титр АСЛО:** 2400мЕ/л.

**Титр антистрептолизина:** 1:800

**Проба Реберга:** КФ – 76 мл/мин, КР – 99,9%, креатинин крови 112 мкмоль/л

**СКФ по Шварцу** – 83 мл/мин/1,73 м2

**УЗИ внутренних органов:**Печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка не увеличена, паренхима однородная. Почки:*левая* – 120\*47 мм, паренхима 14 мм; *правая* – 128\*39 мм, паренхима 13 мм. Положение обычное, форма типичная, эхогенность не изменена. *Корковый и мозговой слой:* дифференцируются. Пирамидки имеют перимедуллярный ободок. Мочевой пузырь не наполнен.

**Билет № 14**

Больная С., 3 года 10 мес, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

**Жалобы при поступлении:** на боли в животе, болезненное мочеиспускание, изменение анализа мочи.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, отеков, ОРЗ, угрозы прерывания, ОАА(2 беременность замершая) ,2 срочных родов путем кесарева сечения (ягодичное предлежание). Масса при рождении 3750г, рост =53 см. Оценка по шкале Апгар 7\8 б. В периоде новорожденности церебральная ишемя 2 ст. Парез лицевого нерва справа. На грудном вскармливании до 1 года. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 6 раз в год.

**Генеалогический анамнез:** по линии матери у бабушки – гипертония, по лини отца дедушка – рак легких, у бабушки СД 2 типа, у отца – поллиноз, у тети – СД2 типа, у сестры - поллиноз.

**Анамнез заболевания:** в июне 2012года и феврале 2013 года – эпизоды инфекций мочевой системы, которые протекали с повышением температуры тела до фебрильных цифр, лейкоцитурией, болями в пояснице. Лечилась по месту жительства. Анализы нормализовались, болевой синдром купировался. В мае 2013года обследовалась в ОДКБ. На момент обследования симптомов инфекции мочевой системы не было. Проведена цистография – ПМР не выявлен.

**Объективно:** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Нормального питания, правильного телосложения. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастных норм. Тоны сердца громкие, ритмичные. Аппетит снижен. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с двух сторон. Половые органы развиты по женскому типу, правильно. Мочеиспускание не учащенное, умеренно болезненное, моча мутная.

**Масса** 16,5 кг**, рост** 106см.

**Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования.

3.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную

диагностику

4.Обоснуйте клинический диагноз

5.Составьте прогрмму лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

**ОАК:** Нв 105 г/л, эр. 3,4 10\л, ЦП 0,9, лейк.9,0 х 10х9\л,п/я 10% с\я-45%, э-1%, л-41%, м5%, СОЭ-17 мм\ч.

**Бихимич. анализ крови.:** общ. белок 62г/л, альбумин 35 г\л, глобулины: а-12%, β-10%; j-18%, мочевина 5,9 ммоль\л ,холестерин 3,7 ммоль\л, В-липопротеиы- 3,5 ммоль\л, креатинин 46 мколь\л, К-4,5 ммоль\л , натрий-138 ммоль\л , Кальций- 2.0 ммоль\л, хлор. -110 ммоль\л.

**ОАМ:** соломенно-желтая, уд.вес 1018, рН- 5,0, белок - 0,033 г\л., эпит *-* ед, лейк. - 60-80 в п\зр, эритроциты 3-4 в п\зр, бактерии в большом кол-ве.

**Посев мочи на флору:** Е. Соli 300 000 микробных тел. Чувствительны к амоксиклаву, цефазолину, цефтриаксону.

**Проба Зимницкого:** 1 порция- 100,0 уд. вес -1023

2 порция-80,0 уд.вес-1010

3 порция – 110 , уд.вес - 1010

1. порция -150,0 уд.вес - 1011
2. порция -130,0 уд.вес- 1008
3. порция - 100,0 уд.вес - 1010
4. порция - 140,0 уд.вес - 1014

8 порция - 120,0 уд. вес – 1005

**Соскоб на я/г—** я/г не обнаружены

**Проба Реберга:** КФ=115 мл\мин, КР= 99%, креатинин крови- 46,9 мкмоль\л

**УЗИ внутренних органов:**

**-** печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена,

контуры четкие, ровные.

**-** Желчный пузырь —не увеличен, стенки в норме, просвет свободен.

**-** Поджелудочная железа -размеры в норме, паренхима однородная,

эхогенность не изменена.

**-** Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка -

не увеличена, паренхима однородная.

**Почки: левая:** 86- 34мм . Паренхима—14 мм

**Правая:.**80-42мм. Паренхима—14 мм. ЧЛС не расширена, стенки утолщены. Положение -обычное, форма- типичная, эхогенность снижена. Корковые и мозговой слои дифференцируются нечетко. Мочевой пузырь —170 мл. Стенки-2 мм. После микции- 10 мл.

**ЭКГ:** ЭОС- нормальная. Синусовая умеренная тахикардия 116 уд в мин.

**ЭХО-КГ:** Полости сердца не увеличены. Сократительная способность

миокарда сохранена. ФВ= 66 %.

**БИЛЕТ №15**

Больной Б, 2г 11 мес., находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ наобследовании и лечении.

**Жалобы при поступлении:** на отечность лица, голеней, редкое моче-искускание, головные боли.

**Анамнез жизни:** не известен, ребенок из детского дома.

**Генеалогический анамнез:** не известен.

**Анамнез заболевания:** 7 мая 2013года появились отеки на лице. За 6 дней отечный синдром нарос – появились отеки на голенях, стопах, моче-испускание редкое. 13 мая в ГКБ г.Орска выявлена протеинурия – 2,86 г/л, гипопротеинемия – 43г/л, гипоальбуминемия – 19г/л, гиперхолестеринемия – 7,5ммоль/л, мочевина крови – 4ммоль/л, креатинин крови 50 мкмоль/л. Впервые госпитализирован в ОДКБ.

**Объективно:** состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, периорбитальные тени. Отеки лица, голеней, стоп. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастных норм. Тоны сердца средней громкости, ритмичные .Аппетит снижен. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет отека, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.. Печень и селезенка не увеличена. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. АД 90/60 мм рт ст. Половые органы развиты по мужскому типу. Мочеиспускание редкое, безболезненное, без изменения цвета мочи.

**Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования.

3.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную

диагностику

4.Обоснуйте клинический диагноз

5.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК:** Нв 110 г/л, эр. 3,4 10\л, ЦП 0,9, лейк.9,0 10\л, п/я 1% с\я-60%, э-3%, л-41%, м5%, тромб-473 т/л, СОЭ-42 мм\ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, уд.вес 1025, рН- 4,0, белок - 3,69 г\л., эпит - ед, лейк. - 1-3 в п\зр, эритроциты 0-1 в п\зр.

**Бихимич. анализ крови.:** общ. белок 48 г/л, альбумин 26 г\л, мочевина 5,9 ммолъ/л, холестерин 7,7 ммоль\л, В-липопротеиы- 10,5 ммоль\л, креатинин 87 мколь\л, К-4,5 ммоль\л , натрий-138 ммоль\л , Кальций- 2.0 ммоль\л, хлор-110 ммоль\л.

**Соскоб на я/г—** я/г не обнаружены

**Проба Реберга:** КФ=85 мл\мин, КР= 98%, креатинин крови- 102,9 мкмоль\л

**УЗИ внутренних органов:**

* печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена.  
  контуры четкие, ровные.
* Желчный пузырь -не увеличен, стенки в норме, просвет свободен.
* Поджелудочная железа -размеры в норме, паренхима однородная,  
  эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки  
  сосудов не изменены.
* Селезенка — не увеличена, паренхима однородная.

**Почки: левая:** 71\*34\*42мм. Паренхима – 14 мм

**Правая:** 68\*30\*40мм. Паренхима -12-13 мм

Положение —обычное, форма- типичная, эхогенность повышена. Корковый *\* мозговой слои дифференцируются плохо. Мочевой пузырь – заполнен туго, форма трапецевидная. Стенки-3 мм. После микции- 10 мл.

**ЭКГ:** ЭОС- нормальная. Синусовая умеренная тахикардия 106 уд в мин Поворот правым желудочком вперед.

**ЭХО-КГ:** Полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. ФВ= 66 %.

**Билет № 16**

Больной К, 3 года, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ на обследовании и лечении.

**Жалобы при поступлении:** на непроизвольное мочеиспускание, недержание мочи в дневное время.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1 и 2 половины беременности, тошноты, рвоты, отеков, повышения АД, 2 срочных родов. Масса при рождении 4110г, рост =54 см. Оценка по шкале Апгар 7\8 б. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки – мед.отвод.

**Генеалогический анамнез:** не отягощен.

**Анамнез заболевания:** на учете у нефролога состоит с рождения, когда на УЗИ органов мочевой системы выявлена аномалия мочевой системы. В возрасте 2х месяцев обследован в отделении урологии в РДКБ г.Москвы. Диагноз: Аномалия ОМС. Нефункционирующий рефлюксирующий уретерогидронефроз справа. Клапан задней уретры. В апреле 2010 года выполнено оперативное лечение. Ежегодно проходит конрольное обследование в отделении урологии в РДКБ г.Москвы.

**Объективно:** состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастных норм. Тоны сердца громкие, ритмичные.Аппетит снижен. Язык влажный, обложен белый налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого сомнительный с двух сторон. АД – 80/60 мм рт ст. Мочеиспускание безболезненное, дневное и ночное недержание мочи. Масса тела 16кг, рост 97см.

**Задание.**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования.

3.Проанализируйте данные анализов, проведите дифференциальную

диагностику

4.Обоснуйте клинический диагноз

5.Составьте программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

**ОАК:** Нв 96 г/л, эр. 3,4 10\л, ЦП 0,9, лейк.6,2\*10\л, с\я-25%, э-4%, л-63%, м8%, тромб – 245 т/л, СОЭ-7 мм\ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, , уд.вес 1025, рН- 4,0, белок – 0,8 г\л., эпит - ед, лейк. — 10-13 в п\зр,.

**Посев мочи на флору и чувствительность к а/б:** Proteusmirabilis, чувст. К амоксицилину,цефтриаксону.

**Проба Зимницкого:**

* Дневной диурез — 625
* Ночной диурез - 800
* Удельный вес -1008-1013

**Суточная моча на белок -отр.**

**Бихимич. анализ крови.:** общ. белок 68 г/л, альбумин 36 г\л, мочевина 8,2 ммоль\л, холестерин 5,5 ммоль\л, В-липопротеиы- 3,5 ммоль\л, креатинин 116,5 мколь\л, К-4,5 ммоль\л , натрий-138 ммоль\л , Кальций- 2.0 ммоль\л, хлор\_-110 ммоль\л.

Соскоб **на я/г—** я/г не обнаружены

**Проба Реберга:** КФ=86 мл\мин, КР= 98,4%, креатинин - 116,5 мкмоль\л

**УЗИ внутренних органов:**

* печень не увеличена, паренхима однородна, эхогенность не изменена,  
  контуры четкие, ровные.
* Желчный пузырь -не увеличен, стенки в норме, просвет свободен.
* Поджелудочная железа -размеры в норме, паренхима однородная,  
  эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки  
  сосудов не изменены.
* Селезенка — не увеличена, паренхима однородная.

**Почки: левая:** 96,8\*42мм. Паренхима-11,8мм, эхогенность повышена, слои не дифференцируются. Лоханка 18-21мм. Стенки уплотнены.Визуализируется левый мочеточник, диаметр 6-8 мм.

**Правая –** abs

**ЭКГ:** ЭОС- нормальная. Синусовая умеренная тахикардия 106 уд в мин.

**ЭХО-КГ:** Полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. ФВ= 75 %.

**Билет №17**

Пациент К, 12 лет, находится в гастронефрологическом отделении ОДКБ г.Оренбурга на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении:*** на отечность лица, голеней, наличие высыпаний на лице, слабость, утомляемость.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-2 половины беременности, I срочных родов. Масса при рождении 3600 гр, длина тела 56 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Находился на грудном вскармливании до 2 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 6 раз в год, ангины. Генеалогический анамнез: не отягощен.

***Анамнез заболевания:*** Дебют заболевания: 3 года назад появились отеки на лице, высыпания на ногах после укусов комаров, расценивали как аллергическую реакцию. Однократно принимал супрастин. В настоящее время отёки распространились на голени. Ребенок был госпитализирован в ЦРБ, где был выявлен асцит, протеинурию, гипопротеинемию. С целью дальнейшей диагностики и лечения переведен в гастронефрологическое отделение ОДКБ г.Оренбурга.

***Объективно:*** Состояние при поступлении тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые бледные, видны остаточные явления от укусов комаров. Отмечается отечность лица, передней брюшной стенки, мошонки, голеней, стоп. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца средней громкости, ритмичные, ясные. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Аппетит снижен. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +2 см, селезенка не увеличена. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, без изменения цвета мочи, диурез снижен – выделено за сутки 230 мл мочи. Масса - 45 кг, рост – 142 см.

**Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Составьте план обследования;

3. Проанализируете данные лабораторных и инструментальных методов исследования, дифференциальную диагностику;

4. Обоснуйте клинический диагноз;

5. Составьте программу лечения.

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 126г/л;RBC – 3,0\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC10,0\*1012/л; п/я – 7%, с/я – 60%, л – 26%, э – 2%, м – 5%; СОЭ – 32 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1025, белок – 3,26 г/л, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 46 г/л, альбумины – 25 г/л, мочевина – 8,1 ммоль/л, холестерин – 8,7 ммоль/л, В-липопротеины – 7,38 ммоль/л, креатини – 115 мкмоль/л, К – 4,5 ммоль/л, Na – 141,7 ммоль/л, Ca – 1,74 ммоль/л, Cl – 110 ммоль/л, P – 1,35 ммоль/л, С3-комплемент – 83,5 мг/дл, С4-комплемент – 12,9 мг/дл.

**Суточный белок мочи:** 2,4 г/л, объем мочи за сутки 450 мл.

**Проба Реберга:** КФ – 85 мл/мин, КР – 98%, креатинин крови 115мкмоль/л

**ЭКГ:** ЭОС нормальная. Синусовая умеренная тахикардия 106 ударов в минуту, поворот сердца правым желудочком вперед.

**ЭХО-КС:** Полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена – ФВ 86%.

**УЗИ внутренних органов:**Печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность не изменена, контуры четкие, ровные. Желчный пузырь не увеличен, стенки в норме, просвет свободен. Поджелудочная железа – размеры в норме, паренхима однородная, эхогенность не изменена, Вирсунгов проток не расширен, стенки сосудов не изменены. Селезенка не увеличена, паренхима однородная. Почки:*левая* – 98\*32 мм, паренхима 13 мм; *правая* – 95\*32 мм, паренхима 13 мм. Положение обычное, форма типичная, эхогенность повышена. *Корковый и мозговой слой:* дифференцируется слабо. Допплерография – нарушение кровотока на периферии. **Мочевой пузырь** объем до микции 70 мл, стенки 2 мм, объем после микции – 10 мл.

**Билет №18**

Девочка, 13 лет, находится на стационарном обследовании и лечении в отделении эндокринологии ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:*** на избыточный вес, периодические головные боли, повышение АД до 130-140 мм.рт.ст.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, I срочных родов на 38-39 неделе, протекавшей на фоне анемии, кольпита, хронической внутриутробной гипоксии плода. Масса тела при рождении 4300г, длина тела 57 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. На естественном вскармливании до 6 месяцев. В возрасте 6 лет перенесла сотрясение головного мозга, часто болеет простудными заболеваниями. Ведет малоподвижный образ жизни, любит сладости, мучные изделия.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по линии матери – у бабушки ребенка ожирении III степени.

***Анамнез заболевания:*** избыточная масса тела и повышенный аппетит у ребенка с 10 лет. За последний год в весе прибавила 15 кг, в росте 3 см. Весной 2017 года стали беспокоить головные боли, утомляемость и повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст. Плохо переносит транспорт и душные помещения. Поступил в эндокринологическое отделение для уточнения клинического диагноза и дальнейшей тактике ведение пациента.

***Объективно:*** при поступлении состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, повышенной влажности. Отмечаются стрии багрового цвета на груди, бедрах. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. ЧСС 93 в мин. Аппетит повышен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, 1 раз в день, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 90 кг, рост – 172 см.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения;

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 133 г/л; RBC – 4,17\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC 7,7\*1012/л; PLT – 221\*109/л; п/я – 6%, с/я – 45%, л – 36%, э – 3%, м – 4%; СОЭ – 3 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1018, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 84 г/л, альбумины – 41,3 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, ЛПВП – 4,9 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, АЛАТ – 47,7 ЕД/л, АСАТ – 52,5 ЕД/л, Ca – 2,2 ммоль/л, Р – 1,1 ммоль/л, Na – 143,3 ммоль/л, K – 4,66 ммоль/л, Cl – 105,7 ммоль/л, мочевина – 2,9 ммоль/л, креатинин – 93,0 мкмоль/л, ЩФ – 324,9 ЕД/л.

**Глюкозотолерантный тест:** натощак – 4,5 ммоль/л, через 1 час – 6,7 ммоль/л, через 2 часа – 5,7 ммоль/л.

**Гормоны щитовидной железы:** ТТГ - 3,5 мкМЕ/мл, Т4 – 19,89 нмоль/л.

**ЭКГ:** ЭОС нормальная. Умеренная синусовая тахикардия с ЧСС 97 в минуту. Нарушены процессы реполяризации по типу высоких зубцов Т. После нагрузки синусовая тахикардия с ЧСС 125 в минуту.

**ЭХО-КС+допплерография:** умеренно увеличен диастолический размер левого желудочка. Глобальная сократительная способность левого желудочка не снижена. Перегородки сердца интактны. Умеренно расширена легочная артерия.

**УЗИ внутренних органов:** Поджелудочная железа 17\*12,4\*16. Эхогенность повышена, структура однородная. Контуры ровные. Печень – повышена эхогенность. Щитовидная железа и почки – без особенностей. Область надпочечников не изменена.

**Суточное мониторирование АД:** САД 140/90 мм.рт.ст. Артериальная гипертензия I степени.

**Консультация окулиста:** глазное дно без патологии.

**Билет №19**

Девочка, 13 лет, находится на стационарном обследовании и лечении в отделении эндокринологии ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:*** на нестабильный углеводный обмен (гликемия от 2,8 до 15, 0 ммоль/л)

***Анамнез жизни:*** Ребенок от III беременности, III срочных родов на 38-39 неделе, протекавшей на фоне токсикоза первой половины беременности. Масса тела при рождении 3456г, длина тела 56 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На естественном вскармливании до 6 месяцев.

***Перенесенные заболевания:*** ветряная оспа, ОРВИ 2-3 раза за год, анагины.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по линии матери – у бабушки ребенка нарушение углеводного обмена.

***Анамнез заболевания:*** состоит на диспансерном учете у эндокринолога с августа 2010 года. Наблюдается регулярно. В дебюте заболевания были: жажда, учащенные мочеиспускания, слабость. Сниженный аппетит, похудание. Регулярно ведет дневник, диету соблюдает с погрешностями, режим физических нагрузок соблюдает нерегулярно.

***Объективно:*** при поступлении состояние тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, повышенной влажности. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа 0-I степени, эластичная, безболезненная. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. ЧСС 93 в мин. Аппетит удовлетворительный. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, 1 раз в день, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 55 кг, рост – 161 см.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения;

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 140 г/л; RBC – 4,76\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC 7,90\*109/л; PLT – 221\*109/л; п/я – 2%, с/я – 35%, л – 53%, э – 6%, м – 3%; СОЭ – 3 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1025, белок – отр., глюкоза – 0,8., ацетон – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 64 г/л, альбумины – 44,7 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,52 ммоль/л, общий билирубин – 13,68 мкмоль/л, ТАГ – 1,11 ммоль/л, АЛАТ – 49,2 ЕД/л, АСАТ – 35,6 ЕД/л, Ca – 2,2 ммоль/л, Р – 1,1 ммоль/л, Na – 138,2 ммоль/л, K – 4,48 ммоль/л, Cl – 104,8 ммоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, креатинин – 55,5 мкмоль/л, ЩФ – 324,9 ЕД/л.

**Гликированный гемоглобин:** 12%

**Микоальбуминурия:** отр.

**Посев мочи на флору:** роста нет.

**Гликемический профиль:**

11:00 – 16,0 ммоль/л

12:30 – 10,4 ммоль/л

16:00 – 9,5 ммоль/л

18:00 – 9,9 ммоль/л

21:00 – 8,4 ммоль/л

03:00 – 13,4 ммоль/л

07:00 – 16,2 ммоль/л

**ЭКГ:** ЭОС нормальная. Ритм синусовый с частотой 94 удара в минуту. Нарушены процессы реполяризации миокарда.

**ЭХО-КС+допплерография:** полости сердца не увеличены, ПТК I степени с регургитацией (+). Диагональная трабекула в левом желудочке.

**УЗИ внутренних органов:** Печень – правая доля – 95 мм, левая доля – 47 мм. Эхогенность не изменена. Контуры ровные, четкие. Почки – левая – 95\*41 мм, правая – 91\*38 мм, эхогенность не изменена. Корковый и мозговой слои дифференцируются.

**УЗИ щитовидной железы:** Щитовидная железа – без особенностей. Область надпочечников не изменена.

**Консультация окулиста:** среды прозрачные, глазное дно без патологии.

**Консультация невролога:** патологии не выявлено.

**Билет №20**

Пациент, 12 лет, находится на стационарном обследовании и лечении в отделении эндокринологии ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:*** на жажду, полиурию, повышенный аппетит, сухость кожного покрова, повышенную утомляемость, общую слабость, лабильность настроения.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, I срочных родов на 38-39 неделе, протекавшей на фоне ожирения II степени, ВСД. Масса тела при рождении 4300г, длина тела 55 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На естественном вскармливании до 3 месяцев.

***Перенесенные заболевания:*** ОРВИ 2-3 раза за год, ветряная оспа.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по линии по нарушениям обменных процессов – у мамы ребенка ожирение II степени.

***Анамнез заболевания:*** первые признаки заболевания появились в 3 месяца назад, когда на фоне клиники ОРВИ, впервые появилась жажда, учащенное мочеиспускание, слабость, многократная рвота, повышение аппетита. За три недели похудел на 2 кг. Уровень гликемии 18 ммоль/л. Регулярно наблюдается эндокринологом, получает лечение.

***Объективно:*** при поступлении состояние тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, сухие. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа 0-I степени, эластичная, безболезненная. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. ЧСС 87 в мин. Аппетит удовлетворительный. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, 1 раз в день, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 47 кг, рост – 158 см.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 140 г/л; RBC – 4,76\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC 7,9\*109/л; PLT – 221\*109/л; п/я – 2%, с/я – 35%, л – 53%, э – 6%, м – 3%; СОЭ – 3 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1025, белок – отр., глюкоза – 0,8., ацетон – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 64 г/л, альбумины – 44,7 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,52 ммоль/л, общий билирубин – 13,68 мкмоль/л, ТАГ – 1,11 ммоль/л, АЛАТ – 49,2 ЕД/л, АСАТ – 35,6 ЕД/л, Ca – 2,2 ммоль/л, Р – 1,1 ммоль/л, Na – 138,2 ммоль/л, K – 4,48 ммоль/л, Cl – 104,8 ммоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, креатинин – 55,5 мкмоль/л, ЩФ – 324,9 ЕД/л.

**Гликированный гемоглобин:** 14,9%

**Микоальбуминурия:** отр.

**Проба Реберга:** СКФ – 110 в мин, канальцевая реабсорбция – 98%

**Посев мочи на флору:** роста нет.

**Гликемический профиль:**

11:00 – 16,0 ммоль/л

12:30 – 14,2 ммоль/л

16:00 – 10,1 ммоль/л

18:00 – 3,0 ммоль/л

21:00 – 11,5 ммоль/л

03:00 – 5,4 ммоль/л

07:00 – 4,7 ммоль/л

**ЭКГ:** ЭОС нормальная. Ритм синусовый с частотой 88 ударов в минуту. Нарушены процессы реполяризации миокарда.

**ЭХО-КС+допплерография:** полости сердца не увеличены, ПТК I степени с регургитацией (+). Диагональная трабекула в левом желудочке.

**УЗИ внутренних органов:** печень, поджелудочная железа, почки – без особенностей. Область надпочечников не изменена.

**УЗИ щитовидной железы:** без патологии

**Консультация окулиста:** среды прозрачные, глазное дно без патологии.

**Консультация невролога:** патологии не выявлено.

**Билет №21**

Мальчик, 3 мес., находится на стационарном обследовании и лечении в отделении раннего возраста ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:*** со слов мамы ребенка, на одышку, цианоз носогубного треугольника при плаче, повышенную утомляемость, капризность, слабость.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, I срочных родов на 38-39 неделе. На 6 неделе беременности женщина перенесла ОРВИ, лечение не получала. Масса тела при рождении 2600г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения находится на искусственном вскармливании.

***Перенесенные заболевания:*** ОРВИ в 2 мес.

***Аллергологический анамнез:*** отягощен – лекарственная непереносимость – ампициллин.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по порокам сердечно-сосудистой системы – у брата по материнской линии ВПС.

***Анамнез заболевания:*** с рождения у ребенка выслушивается грубый систолический шум в области сердца. Поступила в отделение раннего детского возраста с диагностической и лечебной целью.

***Объективно:*** при поступлении состояние средней степени тяжести. На осмотр реагирует негативно, беспокойна. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные, умеренной влажности. При осмотре отмечается цианоз носогубного треугольника при плаче и сосании. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Голова округлой формы, большой родничок не напряжен, не выбухает, 0.5\*0.5 см, края плотные. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное с обеих сторон. Отмечается умеренная одышка смешанного характера при физической нагрузке. ЧДД 46-54 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2.5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – второе м/р, левая – 2.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум во всех аускультативных точка с p.max на верхушке сердца. Шум проводится в межлопаточную область и точку Боткина-Эрба. ЧСС 130-140 в мин. Аппетит снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, 3-4 раза в день, кашицеобразный, желтый, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 4,5 кг, рост – 57 см.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения;

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 119 г/л; RBC – 3,8\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC 9,6\*1012/л; п/я – 3%, с/я – 47%, л – 45%, э – 2%, м – 5%; СОЭ – 8 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1015, белок – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Копрограмма:** Кашицеобразный, желтый, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, крахмал внеклеточный - +, нейтральный жир - +, цисты лямблий не обнаружены.

**Биохимический анализ крови:** белок – 66 г/л, холестерин – 2,8 ммоль/л, В-ЛП – 2,4 ммоль/л, общий билирубин – 11,7 мкмоль/л, Ca – 2,2 ммоль/л, Р – 1,7 ммоль/л, железо – 23,5 мкмоль/л, ОЖСС – 60,5 мкмоль/л.

**ЭКГ:** Вертикальное положение ЭОС. Синусовый ритм с ЧСС 139 в минуту. Нагрузка на правое предсердие. ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда правого желудочка с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса. Вторичные нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков.

**ЭХО-КС+допплерография:** Вторичный ДМПП – 7 мм, с лево-правым сбросом крови, с увеличением правых отделов сердца, с ЭХО-признаками объемной перегрузки правого желудочка. Полость левого желудочка не увеличена, сократительная способность миокарда сохранена, ФВ 72%.

**Билет №22**

Девочка, 4 мес., находится на стационарном обследовании и лечении в отделении раннего возраста ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:***со слов мамы ребенка, на одышку, цианоз носогубного треугольника при плаче, акроцианоз, повышенную утомляемость, капризность, слабость, повышенную потливость.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от VIII беременности, IIIсрочных родов на 38-39 неделе, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на сроке 20 недель, обострения пиелонефрита, ОРВИ (принимала антибактериальные препараты, точно указать название не может) в первом триместре.Масса тела при рождении 2800г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения находится на естественном вскармливании.

***Перенесенные заболевания:*** ОРВИ в 2 мес.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по линии матери – у дяди ребенка синдром Дауна.

***Анамнез заболевания:***с рождения у ребенка выслушивается грубый систолоческий шум в области сердца. Дважды наблюдались эпизоды одышечно-цианотических приступов. Поступил в отделение раннего детского возраста с диагностической и лечебной целью.

***Объективно:*** при поступлении состояние средней степени тяжести. На осмотр реагирует негативно, беспокойна. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные, умеренной влажности. При осмотре отмечается цианоз носогубного треугольника при плаче и сосании, акроцианоз. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Голова округлой формы, большой родничок не напряжен, не выбухает, 0.5\*0.5 см, края плотные. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное с обеих сторон. Отмечается умеренная одышка смешанного характера при физической нагрузке. ЧДД 54 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2.5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – второе м/р, левая – 2.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум во всех аускультативных точка с p.max на верхушке сердца. Шум проводится в межлопаточную область, точку Боткина-Эрба, левую аксиллярную область. ЧСС 140-150 в мин. Аппетит снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, 3-4 раза в день, кашицеобразный, желтый, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 5,5 кг, рост – 60 см.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения;

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 142г/л;RBC – 4,8\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC8,4\*1012/л; PLT – 251\*109/л; п/я – 2%, с/я – 39%, л – 29%, э – 2%, м – 5%; СОЭ – 18 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1014, белок – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Копрограмма:** Кашицеобразный, желтый, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, крахмал внеклеточный - +, нейтральный жир - +, цисты лямблий не обнаружены.

**Биохимический анализ крови:** белок – 66 г/л, холестерин – 2,8 ммоль/л, В-ЛП – 2,4 ммоль/л, общий билирубин – 11,7 мкмоль/л, Ca – 2,2 ммоль/л, Р – 1,7 ммоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, креатинин – 37,0 мкмоль/л, ЩФ – 324,9 ЕД/л.

**ЭКГ:** ЭОС отклонена вправо. Синусовый ритм с ЧСС 120-125 в минуту. ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда правого предсердия и желудочка. Вторичные нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков.

**ЭХО-КС+допплерография:** ВПС – субаортальный ДМЖП (11,0 мм), с лево-правым сбросом крови, декстрапозиция аорты, комбинированный стеноз легочной артерии с градиентом давления в стволе 67-70 мм.рт.ст. Увеличена полость правого желудочка с умеренным утолщением ПСПЖ. ООО с лево-правым сбросом (5 мм).

**Рентгенография органов грудной клетки и сердца в 2х проекциях:** отмечается расширение м/р промежутков, легочные поля эмфизематозны. Легочный рисунок усилен. Правый корень легкого расширен, левый скрыт за срединной тенью. Синусы свободные. Контуры куполов диафрагмы ровные, четкие, расположены, обычно. Сердце расширено в поперечнике за счет увеличения правого желудочка. КТИ – 65%. Во 2ой косой проекции перикардиальное пространство не уменьшено. Ретрокардиальное пространство отсутствует за счет увеличения правого желудочка.

**Консультация оториноларинголога:** патологии не выявлено.

**Консультация окулиста:** глазное дно без изменений. ДЗН с четкими контурами, сосуды не изменены.

**Билет №23**

Девочка, 1 год 6 месяцев, находится на стационарном обследовании и лечении в отделении раннего возраста ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:***со слов мамы ребенка, на снижение аппетита у ребенка, извращение вкуса (ест мел), быструю утомляемость, общую слабость.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды первые, срочные. Масса тела при рождении 3300г, длина тела 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 3,5 месяцев, затем на искусственном (смесь «Малютка»). Прикормы: в 5 месяцев – каши (манная и овсяная) на коровьем молоке и творог с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ела плохо).

***Анамнез заболевания:***В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она употребляла в пищу цельное коровье молоко, фрукты, овощи, творог, мяса в рационе не было. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. По возвращению домой в КАК выявлено снижение уровня гемоглобина (79 г/л), ускорение СОЭ (14 мм/ч). Госпитализирована в отделение раннего возраста в лечебно-диагностической целью.

***Объективно:*** при поступлении состояние средней степени тяжести. На осмотр реагирует негативно, беспокойна. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные, сухие. Пальпируются периферические лимфатические узлы (поднижнечелюстные, аксиллярные, паховые) до 0,2-0,3 см в диаметре, единичные, мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, кожа над ними не изменена. Телосложение астеническое, подкожно-жировой слой развит недостаточно. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание везикулярное с обеих сторон. ЧДД 25 в мин. Аускультативно тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке мягкий систолический шум, не проводится, исчезает после физической нагрузки и смене положения тела. ЧСС 110 в мин. Аппетит снижен, избирательный, извращенный (поедание мела).

Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +2,5 из под правого реберного края, селезенка по левому реберному краю. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул со склонностью к запорам, один раз в 3-4 дня, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Масса – 8,5 кг, рост – 72 см.

Говорит отдельные слова.

**Задание.**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных методов обследования, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения;

**Проведено обследование**

**КАК:**Hb – 78г/л;RBC – 3,0\*1012/л; ЦП – 0,68; Ретикулоциты – 1,0‰;WBC7,2\*1012/л; MCV 78 фл;MCH 26 пг;MCHC 316 г/л; п/я – 2%, с/я – 20%, л – 64%, э – 14%, м – 8%; СОЭ – 14 мм/ч. При микроскопии выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1012, белок – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 68 г/л, альбумины – 39 г/л, общий билирубин – 14,2 мкмоль/л, АсАТ – 13 ЕД, АлАТ – 20 ЕД, сывороточное железо – 8 мкмоль/л, ОЖСС – 88,9 мкмоль/л, сывороточный ферритин – 24 мкг/л.

**Миелограмма:** умеренная нормобластная реакция, резкое снижение содержания сидеробластов, увеличение содержания полихроматофильных нормобластов. Бластных клеток не обнаружено.

**БИЛЕТ №24**

Пациентка, 7 лет, находится в приемно-диагностическом отделении ОДКБ г.Оренбурга.

***Жалобы при поступлении:*** на малопродуктивный, частый кашель, повышение температуры тела до 38,5-39,0°С, одышку, общую слабость, быструю утомляемость.

***Анамнез жизни:*** ребенок от V беременности, IV преждевременных родов (на сроке 33 недели). Беременность протекала с токсикозом первой половины беременности (отмечалась тошнота, рвота), гепатит В, курение во время беременности. Масса при рождении 2900 гр., длина тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. На грудном вскармливании находилась до 1,5 мес, затем питание не соответствовало возрасту. Ребенок из группы социального риска.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Перенесенные заболевания:*** часто болеет ОРВИ – до 6-7 раз за год, ветряная оспа, краснуха, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.

***Генеалогический анамнез:*** не отягощен.

***Анамнез заболевания:*** Больна в течение 7 дней, после перенесенного ОРВИ появился сухой кашель, повышение температуры до 38,5-39,0°С, повышенная утомляемость, общая слабость. Была госпитализирована по месту жительства в РБ, получала лечение цефтриаксоном, амброксолом, ингаляционную терапию. Лечение без эффекта. Сохраняется частый, малопродуктивный кашель, одышка смешанного генеза. Поступила в приемно-диагностическое отделение ГБУЗ ОДКБ г.Оренбурога с лечебно-диагностической целью.

***Объективно:*** Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. В зеве гиперемии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Носовое дыхание не затруднено. 23 в минуту, отмечается одышка при физической нагрузке. Перкуторно над легкими притупление легочного звука справа ниже угла лопатки. В легких дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы справа ниже угла лопатки. Область сердца визуально не изменена. ЧСС 108 в минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Аппетит избирательный, снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул нерегулярный, 1 раз в 2-3 суток, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Задание**

1. Выделите ведущие симптомы;

2. Поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных данных, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения

**ПРОВЕДЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**КАК:**Hb – 98г/л;RBC – 3,0\*1012/л; ЦП – 0,9; Ретикулоциты – 1,0‰;WBC13\*1012/л; п/я – 14%, с/я – 43%, л – 28%, э – 2%, м – 5%; СОЭ – 26 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1015, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Копрограмма:** оформленный, детрит – значительное количество, урахмал внеклеточный – незначительное количество, внутриклеточный – незначительное количество, растительная клетчатка непереваренная – незначительное количество, мышечные волокна непереваренные – значительное количество, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, бактерии ++, слизь++. Цисты лямблий - отр.

**Биохимический анализ крови:** белок – 68,6 г/л, альбумины – 35,6 г/л, общий билирубин – 13,7 мкмоль/л,К – 4,17 ммоль/л, Na – 140,0 ммоль/л, Ca – 2,0 ммоль/л, Mg – 0,78 ммоль/л, P – 1,3 ммоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, креатинин – 37,0 ммоль/л, сывороточное железо – 9,9 мкмоль/л, ОЖСС – 62,1 мкмоль/л, сывороточный ферритин – 24 мкг/л.

**ЭКГ:** ЭОС вертикальная. Синусовый ритм с ЧСС 136 в минуту. Нагрузка на правый желудочек. Нарушены процессы реполяризации в миокарде желудочков.

**Рентгенография легких:** Усиление легочного рисунка, деструктурированные корни легких. В нижней доле правого легкого определяется инфильтративная тень с четкими контурами, гомогенная структура. Синусы свободные. Контуры куполов диафрагмы четкие, ровные. Тень средостения не расширена. Сердце в поперечнике не расширено.

**Билет №25**

Пациент А., 16 лет, находится в эндокринологическом отделении ОДКБ г.Оренбурга на обследовании и лечении.

***Жалобы при поступлении:*** на сниженный аппетит, плохую прибавку в весе, утомляемость, увеличение щитовидной железы.

***Анамнез жизни:*** ребенок от I беременности, протекавшей с гестозом 1-ой половины беременности, I срочных родов. Оценка по шкале Апгар при рождении на 7/8 баллов. Масса при рождении 3200 гр., длина 50 см. Рос и развивался соответственно возрасту.

***Перенесенные заболевания:*** болеет редко ОРВИ, ветряная оспа.

***Генеалогический анамнез:***отягощен по заболеваниям щитовидной железы - у бабушки патология щитовидной железы.

***Анамнез заболевания:*** впервые увеличение щитовидной железы было выявлено в 2014 году педиатром при профилактическом осмотре, когда ребенка беспокоили колющие боли в области сердца. При обследовании выявлено увеличение щитовидной железы. ТТГ – 0,01 мкМЕ/л, Т4- 25 нмоль/л, АТ к ТПО – 372. В течение 3-х последних лет регулярно наблюдается эндокринологом, получает лечение. Ежегодно проходит стационарное обследование и лечение в эндокринологическом отделении ГБУЗ ОДКБ г.Оренбурга.

***Объективно:*** Состояние средней степени тяжести. Пропорционального телосложения, пониженного питания. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные, тремор рук, экзофтальм. При пальпации щитовидная железа умерено гиперплазирована, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. В зеве спокойно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в минуту. Аппетит хороший. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Масса – 25 кг, рост – 144 см.

**Задание**

1. Выделите ведущие синдромы;

2. поставьте предварительный диагноз;

3. Составьте план обследования;

4. Проведите анализ лабораторных и инструментальных данных, дифференциальную диагностику;

5. Обоснуйте клинический диагноз;

6. Составьте программу лечения.

**Проведенное обследование**

**КАК:**Hb – 136г/л;RBC – 4,96\*1012/л; ЦП – 0,9; WBC6,2\*1012/л; п/я – 7%, с/я – 40%, л – 47%, э – 3%, м – 3%; СОЭ – 10 мм/ч.

**ОАМ:** соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1011, белок – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Соскоб на я/г** – яйца глистов не обнаружены

**Биохимический анализ крови:** белок – 64 г/л, альбумины – 41,7 г/л, общий холестерин – 2,3 ммоль/л, общий билирубин – 13,6 мкмоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, креатини – 55,5 мкмоль/л, АлАТ – 15,1 ЕД/л, АсАТ – 22,2 ЕД/л, ЩФ – 833 ЕД/л, К – 4,07 ммоль/л, Na – 142,7 ммоль/л, Ca – 1,9 ммоль/л, Cl – 104,4 ммоль/л, P – 1,2 ммоль/л.

**Сахар крови натощак:** 5,5 ммоль/л

**Гормоны щитовидной железы:** ТТГ – 0,01 мкМЕ/мл, Т4 – 180 нмоль/л.

**АТ к тиреопероксидазе:** 1018

**ЭКГ:** нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия с ЧСС 110 удавров в минуту, синусовая тахиаритмия. Укорочение интервала PQ – 0.11. Нарушены процессы реполяризации миокарда.

**ЭХО-КС:** Полости сердца не увеличены, сократительная способность миокарда сохранена. ПТК I степени с регургитацией (+). Диагональная трабекула в левом желудочке. ФВ – 50%.

**УЗИ внутренних органов:** Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки – без особенностей. Область надпочечников не изменена.

**УЗИ щитовидной железы:**перешеек 10 мм, общий объем 20 см2, структура неоднородная за счет гипоэхогенных очагов различной величины, эхогенность снижена. Кровоток диффузно усилен, «пылающий».

**Билет № 26**

Пациент Ж., 1г.2мес., находится в отделении детей раннего возраста

***Жалобы при поступлении:*** на влажный кашель, насморк, частые простудные заболевания, одышку при физической нагрузке.

***Анамнез жизни:*** ребенок от 4 беременности, 3срочных родов. Беременность протекала с токсикозом I и II половины (отмечалась тошнота, рвота), анемия. Масса при рождении 3175г, рост- 57 см. С рождения находится на искусственном вскармливании.

***Перенесенные заболевания:*** частые ОРВИ, пневмония.

***Аллергологический анамнез*** отягощен.лекарственная аллергия на антибиотики, сиропы. Пищевая на сладкое , смесь «Нутрилон».

***Генеалогический анамнез –*** не отягощен.

***Анамнез заболевания:*** С 30.04.13г. отмечались явления ОРВИ, появился кашель, насморк.повысилась температура до 38 С. Лечились стационарно п. о месту жительства с диагнозом О.ларинготрахеит, с положительным эффектом, но сохранялся грубый кашель с 16.05.13 усилился кашель появилось затрудненное дыхание с удлинением выдоха. Повторно лечились по месту жительства без положительного эффекта.

Поступил на обследование в ОДКБ.

***Объективно:*** масса – 10кг, рост- 79 см.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Зев умеренно гиперемирован. Миндалины рыхлые, налетов нет. Носовое дыхание затруднено за счет серозного отделяемого. Одышка экспираторная. Втяжение межреберных промежутков при беспокойстве ребенка.В легких на фоне жесткого дыхания проводные хрипы с обеих сторон. ЧДД 38-40 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 5 м/р локализованный. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 110 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 1,5см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

***Задание***

1.Выделить ведущие синдромы

* поставить предварительный диагноз
* составить план обследования.

2.Провести анализ анализов, дифференциальную диагностику

* обосновать клинический диагноз.

3.Составить программу лечения.

**ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**ОАК:**

Эритроциты 3,6\*1012/л

Hb 119 г/л

ЦП 0,9

Тромбоциты 231\*109/л

Лейкоциты 8,4\*109/л п/я 9%, с/я 50%, л 30%,м 10%, э 1%

СОЭ 15 мм/ч

**ОАМ**: **Копрограмма:**

Цвет- св- желтый кашицеобразный

Прозрачная крахмал 0 –1 в п/зр

Рн 5,0 Л 2 – 3 в п/зр

Уд.вес 1018 нейтр. жир незначительное кол-во

Белок нет Лямблии отр.

Глюкоза отр.

Л 1-2 в п/зр

Эп. пл. 1-2 в п/зр

**Биохимический анализ крови:**

Общ. белок 78г/л

Альбумин 49,2г/л

Холестерин 3,2 ммоль/л

В-ЛП 2,4 ммоль/л

Общ. билирубин 11,6 мкмоль/л

Са 2,1 ммоль/л

Р 1,43 ммоль/л

Железо 10,5 мкмоль/л

ОЖСС 65,1мкмоль/л

**Рентгенография легких: легочные поля прозрачные. У**силение легочного рисунка с обеих сторон, расширение корней легкого.

**Перечень рецептов к экзамену**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Название | Мнн |
| 1 | Мальтофер внутрь ребенку 9 месяцев |  |
| 2 | Зиртек ребенку 3 лет внутрь | Cetirizine |
| 3 | Преднизолон в/м ребенку 10 месяцев; внутрь 5 лет | Prednisolonum |
| 4 | Амбробене внутрь ребенку 6 лет | Ambroxol |
| 5 | Эспумизан ребенку 5 месяцев внутрь | Simethicone |
| 6 | Цефтриаксон в/м ребенку 1 года | Ceftriaxone |
| 7 | Де-нол ребенку 12 лет внутрь | Bismuthate tripotassium dicitrate |
| 8 | Но-шпа ребенку 4 лет в/м | Drotaverine |
| 9 | Капотен ребенку 15 лет внутрь | Captopril |
| 10 | Дицинон внутрь ребенку 15 лет | Etamsylate |
| 1 1 | Амоксициллин ребенку 3 лет в/м | Amoxicillin |
| 12 | Супракс ребенку 3 лет внутрь | Cefixime |
| 13 | Супрастин в/м ребенку 2 лет | Chloropyramine |
| 14 | Актиферрин ребенку 5 месяцев внутрь | Ferrous sulfate + Serin |
| 15 | Парацетамол внутрь ребенку 4 лет | Paracetamolum |
| 16 | Арбидол внутрь ребенку 5 лет | Umifenovir |
| 17 | Немозол ребенку 10 лет внутрь | Albendazole |
| 18 | Витамин D Ребенку 7 мес | Colecalciferol |
| 19 | Креон ребенку 10 лет внутрь | Pancreatin |
| 20 | Вольтарен внутрь ребенку 15 лет | Diclofenac |
| 21 | Сумамед ребенку 5 лет внутрь | Azithromycin |
| 22 | Саламол эко Легкое дыхание ребенку 8 лет | Salbutamol |
| 23 | Фуросемид внутрь ребенку 7 лет | Furosemide |
| 24 | Мотилиум внутрь ребенку 9 лет | Domperidone |
| 25 | Аугментин ребенку 4 лет внутрь | Amoxicillin + CI iVulanic acid |
| 26 | Дигоксин ребенку 1 года | Digoxini |
| 27 | Строфантин ребенку 2 лет | Strophanthini |
| 28 | Верошпирон ребенку 6 месяцев | Spironolacton |
| 29 | Ибупрофен (ибуклин) ребенку 1 года внутрь | Ibuprofen |
| 30 | Анальгин 50% ребенку 2 лет в/м | Metamizolesodium |
| 31 | Фурамаг ребенку 8 лет внутрь | Furazidini |
| 32 | Элькар ребенку 8 месяцев внутрь | Levocarnitini |
| 33 | Хилак – форте ребенку 4 месяцев внутрь |  |
| 34 | Бак-сет ребенку 1 года внутрь |  |
| 35 | Энтерол ребенку 5 лет внутрь | Enteroli |
| 36 | Максилак ребенку 1 года внутрь | Maxilac |
| 37 | Дюфалак ребенку 3 лет внутрь | Lactulosae |
| 38 | Азотиаприм ребенку 10 лет внутрь | Azathioprini |
| 39 | Магний В-6 ребенку 5 лет |  |
| 40 | Седуксен (реланиум) ребенку 1 года в/м |  |
| 41 | Глюконат кальция 10% ребенку 6 месяцев в/в | Diazepami |
| 42 | Беродуал ребенку 6 месяцев внутрь | Fenoteroli  Ipratropii bromidi |
| 43 | Эреспал ребенку 2 лет внутрь | Fenspiridi |
| 44 | Пульмикорт ребенку 1 года внутрь ингаляции | Budesonidi |
| 45 | Виферон perrectum ребенку 2 лет | Interferoni alfa-2b |

**Рентгенограммы к экзамену по дисциплине**

**«Факультетская педиатрия, эндокринология»**

1. Острый бронхит – усиление легочного рисунка;
2. Правосторонняя очаговая пневмония средней доли правого легкого. Кардиомегалия. ВПС?;
3. ВПС: Правосторонняя тотальная пневмония;
4. АОМС: Агенезия левой почки. Врожденный гидронефроз справа;
5. Холецистограмма: аномалия положения;
6. Тотальная левосторонняя пневмония;
7. ВПС: тетрада Фалло;
8. Рахит. Зона роста изменена;
9. Задержка костного возраста
10. Цистограмма. Исключен пассивный ПМР. Показано микционная цистография. Исключить активный ПМР. Вопрос – какое контрастное вещество введено?
11. Ребенку 1 год. Тимомегалия II ст. Кардиомегалия за счет левого отдела сердца по типу сапожка. ВПС.
12. Капельное сердце. Полисегментарная (5,6) правосторонняя пневмония
13. Агенезия левой почки. Деформация позвоночника. Деформация ЧЛС, мегауретер. ПМР IV ст. Показана цистография
14. Усиление легочного рисунка, капельное сердце. Бронхит.
15. Костный возраст от 5 до 7 лет. Отмечается наличие точек окостенения: головчатая, крючковидная, видны эпифизы
16. Признаки бронхита. Тимомегалия 2 ст. Кардиомегалия.
17. Урограмма на 18 минуте. Деформация ЧЛС слева, задержка контраста справа, врожденный гидронефроз. Показана отсроченные снимки на 60 минуте
18. Признаки бронхита и начинающейся очаговой правосторонней пневмонии. Сердце по типу капельного.
19. Урограмма. Неполное двустороннее удвоение обеих почек
20. На снимке во 2 косой проекции отмечается отсутствие ретрокардиального пространства. Тимомегалия 1ст.
21. На Rg черепа – черен обычной формы и величины. Размеры и формы турецкого седла обычные. Спинка турецкого седла без признаков пороза и деструкции.
22. Признаки бронхита. Кардиомегалия.

Острый бронхит, затяжное течение. Начинающаяся очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония.

**Перечень практических навыков**

1. Определение группы крови: техника проведения, показания
2. Первичный туалет новорожденного
3. Постановка капельницы, внутривенное введение лекарственных препаратов
4. Очистительная и лечебная клизмы: техника проведения, показания, противопоказания
5. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию органов дыхания: техника проведения
6. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию желудочно – кишечного тракта
7. Реакция Сулковича: техника проведения, показания, противопоказания
8. Подготовка пациента к ультразвуковому обследованию печени и желчного пузыря: техника проведения, показания, противопоказания
9. Оксигенотерапия: виды, показания, противопоказания, техника проведения
10. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: показания, противопоказания, техника проведения
11. Техника инъекций инсулина: техника проведения, показания, противопоказания
12. Провести антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы
13. Проба мочи по Зимницкому: показания, противопоказания, техника проведения
14. Проба мочи по Нечипоренко: показания, противопоказания, техника проведения
15. Копрограмма: показания, техника проведения, противопоказания
16. Определение степени увеличения щитовидной железы: показания, техника проведения
17. Подготовка пациента к проведению цистографии: показания, техника проведения, противопоказания
18. Экспресс – диагностика сахара крови: показания, техника проведения, противопоказания
19. Гигиенический уход за новорожденными (гигиеническая ванна): показания, техника проведения, противопоказания
20. Функциональная проба по Шалкову. Проведение и оценка результатов: показания, техника проведения, противопоказания
21. Подготовка пациента к проведению внутривенной урографии: показания, техника проведения, противопоказания
22. Кислородотерапия: виды, показания, техника проведения, противопоказания
23. Реанимация новорожденных. Показания. Этапы и методика проведения реанимации новорожденных.

**Перечень неотложной помощи:**

1. Оказать неотложную помощь и определить алгоритм действий при крапивнице ребенку 8 мес.
2. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при острой почечной недостаточности. Алгоритм действия.
3. Оказать неотложную помощь ребенку 13 лет при приступе почечной колики. Алгоритм действия.
4. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при желудочном кровотечении. Алгоритм действия.
5. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при печеночной колике. Алгоритм действия.
6. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при кровотечении из лунки зуба при гемофилии. Алгоритм действия.
7. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при обмороке. Алгоритм действия.
8. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при коллапсе. Алгоритм действия.
9. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при острой сердечной левожелудочковой недостаточности II Б ст. Алгоритм действия.
10. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при острой сердечной правожелудочковой недостаточности. 4К II Б.Алгоритм действия.
11. Оказать неотложную помощь ребенку 14 лет при почечной эклампсии. Алгоритм действия.
12. Оказать неотложную помощь ребенку 1 года, страдающего ВПС-тетрады Фалло при одышечно-цианотическом приступе. Алгоритм действия.
13. Оказать неотложную помощь при острой сосудистой недостаточности (коллапс) ребенку 10 лет. Алгоритм действия.
14. Оказать неотложную помощь и определите алгоритм действий при гипертермическом синдроме (розовая лихорадка) ребенку 3 лет
15. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при судорожном синдроме (гипокальциемические судороги) ребенку 1 года
16. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при отеке мозга ребенку 1,5 лет
17. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при нейротоксикозе ребенку 8 мес.
18. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при бронхообструктивном ДН II синдроме ребенку 2 лет
19. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при приступе бронхиальной астмы ребенку 2 лет (легкий)
20. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действия при астматическом статусе ребенку 2,5 лет
21. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при крапивнице ребенку 8 мес
22. Окажите неотложную помощь и определите алгоритм действий при отеке Квинке ребенку 3 лет
23. Окажите неотложную помощь при пневмотоксикозе II степени при соматических заболеваниях ребенку 1,5 года. Алгоритм действий.
24. Окажите неотложную помощь ребенку 9 мес., имеющего лихорадку «розового» типа. Температура тела 39,9С. алгоритм действия.
25. Окажите неотложную помощь ребенку 8 лет при гипогликемической коме
26. Окажите неотложную помощь ребенку 4 лет при гипогликемической коме
27. Окажите неотложную помощь ребенку 7 лет при острой надпочечниковой недостаточности
28. Окажите неотложную помощь ребенку 7 лет при тиреотоксическом кризе
29. Окажите неотложную помощь ребенку 7 лет при гипергликемической коме
30. Окажите неотложную помощь ребенку 10 лет при острой сердечной левожелудочковой недостаточности II Б ст. Алгоритм действия.
31. Окажите неотложную помощь ребенку 7 лет при диабетической коме

***Перечень задач по питанию:***

**Задача по питанию №1**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200г. С 2,5 месяцев находится на смешанном вскармливании и получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 4 месяца. Масса тела 6100г

1.Соответствует ли масса тела ребенка долженствующей в 3 месяца?

2.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

3.Назовите суточный и разовый объем питания.

4.Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №2**

Назначить диету ребенку 10 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

2.Назовите суточный и разовый объем питания.

3.Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №3**

Назначить диету ребенку 7 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1.Составьте диету ребенку на 1 день

2.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

3.Назовите суточный и разовый объем питания.

4.Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №4**

Девочка 9 месяцев на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №5**

Мальчик родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 12 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?

2.Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

3.Назовите суточный и разовый объем питания.

4.Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №6**

Назначить диету мальчику 5 месяцев, страдающему железодефицитной анемией тяжелой тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №7**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000г, длиной тела 49 см. С 3-х недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 6 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период прогрессирования, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №8**

Назначить питание мальчику 8 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получить?
3. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
4. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
5. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №9**

Мальчик, родился с массой тела 3300г, длиной 51см. Находится на искусственном вскармливании с 2-х мес. В настоящее время ему 8 месяцев.

1. Какую массу и рост должен иметь ребенок?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначить ребенку питание на 1 день.

**Задача по питанию №10**

Мальчик, родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании с признаками лимфатического диатеза. В настоящее время ему 4 месяца.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №11**

Девочка, родилась с массой тела 3000г. Находилась на естественном вскармливании. В настоящее время ей 9 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №12**

Девочка, родилась с массой тела 3050г, длиной тела 49 см. С 2-х мес. находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ей 6 месяцев. У ребенка имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант, спазмофилия, явная форма.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №13**

Мальчик, рожденный с массой тела 3050г, длиной тела 49 см. С 2-х мес. находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 8 месяцев. У ребенка имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант, спазмофилия, явная форма.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №14**

Доношенный мальчик рожден массой тела 3300 г. В связи с исчезновением молока (у матери двусторонний гнойный мастит) мать ребенка обратилась к врачу за советом по вскармливанию. В настоящее время ребенку 2 месяца.

1. Ваши рекомендации по вскармливанию ребенка
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Каков суточный и разовый объем питания должен получать ребенок?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №15**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 10 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №16**

Мальчик, родился массой тела 3000г. С 2-недельного возраста получает сцеженное женское молоко. В настоящее время ему 6 недель. У ребенка имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант, спазмофилия, явная форма.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

Составьте диету ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №17**

Девочка, рожденная с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ей 6 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №18**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 6 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №19**

Девочка, родилась с массой тела 3300г, длиной 51см. Находится на искусственном вскармливании с 2-х мес. В настоящее время ей 10 месяцев.

1. Какую массу и рост должен иметь ребенок?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначить ребенку питание на 1 день.

**Задача по питанию №20**

Девочка, родилась с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ей 8 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №21**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 9 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?

Назначьте питание ребенку на 1 день

**Задача по питанию №22**

Мальчик, родился с массой тела 3000 г, находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 10 месяцев. У ребенка имеет место лимфатический диатез.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №23**

Ребенок (девочка), родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 3 месяца.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №24**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3200 г, находится на смешанном вскармливании с 1-месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 11 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника гипервитаминоза Д.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №25**

Ребенок (девочка), рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 5 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия III степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №26**

Доношенный мальчик рожден массой тела 2900 г. В связи с исчезновением молока (у матери двусторонний гнойный мастит) мать ребенка обратилась к врачу за советом по вскармливанию. В настоящее время ребенку 2 месяца, дефицит массы 15%.

1. Ваши рекомендации по вскармливанию ребенка
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Каков суточный и разовый объем питания должен получать ребенок?
4. Назначьте лечебное питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №27**

Мальчик родился массой тела 3300 г, длиной 51 см. Находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 3 месяца, гипотрофия II ст., период прогрессирования.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначьте лечебное питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №28**

Мальчик, родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 10 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №29**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 5 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию № 30**

Мальчик, рожденный с массой тела 3500г, находится на неадаптированном искусственном вскармливании. В настоящее время ему 5 месяцев. Имеет место рахит II, период разгара, кальципенический вариант.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №31**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200 г, находится на искусственном вскармливании с 2 месяцев. В настоящее время ему 9 месяцев. Ребенок страдает правосторонней сегментарной бронхо-пневмонией с кардиореспираторным и токсическим II степени синдромами, ДН2.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания у данного ребенка ?
3. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №32**

Ребенок (девочка) родился с массой тела 3000г. Находится на естественном вскармливании с явлениями экссудативно-катарального диатеза. В настоящее время ему 7 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назовите суточный и разовый объем питания.
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №33**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 9 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №34**

Назначить питание ребенку 10 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №35**

Назначить диету девочке 6 месяцев, на естественном вскармливании, страдающему атопическим дерматитом. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №36**

Назначить диету рдевочке 8 месяцев, страдающей железодефицитной анемией тяжелой степени тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №37**

Назначить питание мальчику 8 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №38**

Назначить диету мальчику 7 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №39**

Назначить диету мальчику 5 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №40**

Назначить питание мальчику 6 месяцев с паратрофией. Фактическая масса тела превышает долженствующую на 20%.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №41**

Назначить диету мальчику 10 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с выраженными проявлениями экссудативно-катарального диатеза. Масса тела при рождении 4000г.

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №42**

Назначить питание девочке 9 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту

1. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
2. Назовите суточный и разовый объем питания.
3. Составьте диету на 1 день.

**Задача по питанию №43**

Мальчик, рожденный с массой тела 3200г, находится на смешанном вскармливании 1- месячного возраста, получает ½ суточного объема пищи в виде грудного молока. В настоящее время ему 6 месяцев. На момент осмотра у ребенка имеет место клиника Рахит II, период разгара, подострое течение, кальципенический вариант.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №44**

Мальчик, рожденный с массой тела 3300г, находится на естественном вскармливании с 2-хмес. В настоящее время ему 10 месяцев, с анемий средней степени тяжести.

1. Какую массу и рост должен иметь ребенок?
2. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
3. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №45**

Назначить питание мальчику 5 месяцев, находящегося на искусственном питании, страдающему железодефицитной анемией легкой степени тяжести. Масса и длина тела соответствует возрасту.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №46**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании с лимфатическим диатезом. В настоящее время ему 8 месяцев.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №47**

Назначить питание девочке 9 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании с рахитом II степени, период разгара, подострое течение, фосфопенический вариант. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту.

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №48**

Мальчик родился с массой тела 3000г. Находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 9 месяцев. Обструктивный синдром ДН II

1. Рассчитайте долженствующую массу тела данного ребенка?
2. Каков должен быть суточный и разовый объем питания?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Составьте меню на 1 день.

**Задача по питанию №49**

Мальчик, рожденный с массой тела 3000 г. С 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 6 месяцев. Имеет место постнатальная гипотрофия II степени, период стабилизации, смешанной этиологии.

1. Какую массу тела должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Какой объем питания должен получать ребенка в сутки и на одно кормление?
3. Какова потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, калориях?
4. Назначьте питание ребенку на 1 день.

**Задача по питанию №50**

Назначить питание мальчику 4 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании с гипотрофией II степени, период прогрессирования, смешанной этиологии. Масса тела при рождении 3700г. Фактическая масса тела соответствует возрасту.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится автоматизированно в информационной системе вуза, накануне экзамена.

* 1. Основными формами медицинской документации в стационаре

являются:

1 *Медицинская карта стационарного больного*

1. История развития ребенка

3Индивидуальная карта беременной и родильницы

4Журнал записи родов и родовспоможений на дому

* 1. Для регистрации больных, поступающих в стационар, ведется:

1 *Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ф 001*/у

2 Медицинская карта стационарного больного ф 003/у

3 Листок движения больных и коечного фонда ф 007/у

1. Статистическая карта выбывшего из стационара ф 066/у
   1. Основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого выбывшего из стационара больного:

1 медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)

2 журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма № 001/у)

3 *статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 006/у)*

4 лист нетрудоспособности

4. Основным учетным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

1. *листок нетрудоспособности*

2 медицинская карта

3 карта выбывшего из стационара

4 амбулаторная карта

5. При поступлении в стационар пациент заполняет:

1 лист нетрудоспособности

2 экстренное извещение об инфекционном заболевании

*3 Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств*

4 Направление на гопитализацию

6. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ

ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) *Кальция глюконата*

Б) Неостигмина метилсульфата

В) Лидокаина

Г) Метамизола натрия

7. ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А) *мазей с кальципотриолом*

Б) местных нестероидных противовоспалительных средств

В) увлажняющих средств лечебной косметики

Г) местных глюкокортикостероидов

8. ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЗУДА ЦЕТИРИЗИН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ (МГ/СУТКИ)

*А) 10*

Б) 5

В) 20

Г) 15

9.ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

*А) более 30*

Б) 20-30

В) 10-15

Г) 15-20

10. СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ

НЕДОРАЗВИТИЕМ

*А) кардиального отдела желудка*

Б) дна желудка

В) пилорического отдела желудка

Г) тела желудка

11. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

*А) появление геморрагической сыпи*

Б) уплощение или падение весовой кривой

В) беспокойство

Г) редкое мочеиспускание

12. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО

ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

*А) 2,5-2,8*

Б) 1,2-2,0

В) 2,8-3,2

Г) 2,0-2,2

13. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

*А) спазмофилии*

Б) гипервитаминозе Д

В) гиперпаратиреозе

Г) фосфат-диабете

14. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

*А) 2-11 лет*

Б) 1-12 месяцев

В) 12-16 лет

Г) 1-2 года

15. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

*А) продольная суборбитальная складка*

Б) наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно

В) отягощенный аллергоанамнез

Г) наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей

16. ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО

*А) шкале SCORAD*

Б) шкале GINA

В) опроснику ISAAC

Г) шкале ROSS

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

*А) кожный зуд*

Б) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей

В) периорбитальная гиперпигментация

Г) кератоконус

18. ЭЛИМИНАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

А*) регулярную стирку постельного белья*

Б) увлажнение воздуха до 70%

В) применение натуральной одежды из шерсти Г) уменьшение частоты приема гигиенических ванн

19. ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*А) снижением уровня сывороточного железа*

Б) низким уровнем гемоглобина

В) низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа

Г) снижением железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА (МГ/КГ/С)

*А) 5*

Б) 4

В) 3

Г) 2

21. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*А) ретикулоцитарная реакция*

Б) увеличение количества тромбоцитов

В) увеличение количества лейкоцитов

Г) замедление скорости оседания эритроцитов

22.К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

А) *железосвязывающей способности сыворотки крови*

Б) уровня сывороточного железа

В) коэффициента насыщения трансферрина

Г) уровня ферритина в крови

23. К СИМПТОМАМ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ

ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

А) *кашель*

Б) гепатомегалия

В) конъюнктивит

Г) спленомегалия

24. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А) *рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые*

Б) локальные мелкопузырчатые влажные

В) рассеянные мелкопузырчатые

Г) локальные сухие

25. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А) *рассеянные сухие свистящие*

Б) рассеянные мелкопузырчатые

В) локальные мелкопузырчатые

Г) локальные сухие

26. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) *респираторный вирус*

Б) легионелла

В) хламидия

Г) микоплазма

27. ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

А) *асимметрии хрипов в лѐгких*

Б) грубого «лающего» кашля

В) притупления перкуторного звука

Г) нормальной температуры тела

28. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ХРИПЫ В ЛЁГКИХ

А) *диффузные разнокалиберные*

Б) диффузные мелкопузырчатые

В) локальные крепитирующие

Г) диффузные сухие, свистящие

29. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) *затруднение выдоха*

Б) затруднение вдоха

В) головная боль

Г) общая слабость

30. К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

А) *отрицательный хронотропный*

Б) положительный миотропный

В) отрицательный инотропный

Г) положительный дромотропный

31. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ

СОПРОВОЖДАТЬСЯ

А) *падением артериального давления*

Б) влажными хрипами в лѐгких

В) сухими хрипами в лѐгких

Г) влажным кашлем

32.К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ

А) *угнетение ЦНС*

Б) увеличение диуреза

В) тахикардию

Г) запор

33. К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ

А) *перегрузку давлением или объѐмом*

Б) острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности

В) тяжѐлые врожденные пороки сердца

Г) нарушения сердечного ритма

34.КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА?

А) *боталлов проток*

Б) аранцев проток

В) пупочная вена

Г) воротная вена

35. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) *выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель*

Б) экспираторный характер одышки

В) вздутие грудной клетки

Г) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

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

А) *сухих свистящих хрипов*

Б) влажных мелкопузырчатых хрипов

В) шума трения плевры

Г) крепитации

37. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

А) *Е*

Б) А

В) М

Г) G

38. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ

А) *пыльцевым*

Б) пищевым

В) грибковым

Г) эпидермальным

39. БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЗЫВАЮТ

А) *заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью*

Б) хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов

В) хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития

Г) хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

40. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

А) *приступы удушья*

Б) кашель с гнойной мокротой

В) кровохарканье

Г) боль в грудной клетке

41. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А*) b2-адреномиметик*

Б) блокатор Н1-гистаминовых рецепторов

В) системный глюкокортикоид

Г) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов

42. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А) *ингаляционные глюкокортикоиды*

Б) антигистаминные препараты

В) бета-адреноблокаторы

Г) ингибиторы циклооксигеназы

43. КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?

А) *является антагонистом лейкотриеновых рецепторов*   
Б) оказывает отхаркивающее действие

В) блокирует гистаминовые рецепторы

Г) является ингибитором синтеза простагландинов

44. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

А) *вирусы и «атипичные» бактерии*

Б) грамположительные бактерии

В) грамотрицательные бактерии

Г) простейшие

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) *Chlamydia trachomatis*

Б) Staphilococcus aureus

В) Mycoplasma pneumonia

Г) Escherichia coli

46. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) *грамотрицательную флору*

Б) грибковую инфекцию

В) атипичную флору

Г) респираторные вирусы

47. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЁГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПНЕВМОНИИ

А) *интерстициальной*

Б) крупозной

В) очаговой

Г) сегментарной

48. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ

ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) инфильтративные изменения в лѐгких на рентгенограмме

Б) разнокалиберные влажные хрипы при аускультации

В) воспалительные изменения в общем анализе крови

Г) повышение температуры, влажный кашель, интоксикация

49. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) *степень дыхательной недостаточности*

Б) температуру

В) кашель

Г) локализованные хрипы

50. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ

ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) *наличие осложнений пневмонии*

Б) возраст 3 года

В) протекание заболевания у пятилетнего ребѐнка на фоне аллергического диатеза

Г) состояние средней тяжести на 2 день болезни

51.НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

*А) pH-метрия*

Б) ацидотест

В) фракционный метод

Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду

52. HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

*А) грамотрицательным бактериям*

Б) вирусам

В) грамположительным бактериям

Г) простейшим

53. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

*А) антральном отделе желудка*

Б) теле желудка

В) луковице двенадцатиперстной кишки

Г) в области дна желудка

54. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) остаточное пятно бария*

Б) конвергенция складок

В) отечность складок

Г) раздраженная луковица

55. К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ

*А) Омепразол*

Б) Пирензипин

В) Ранитидин

Г) Фамотидин

56. К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

*А) Сорбитол*

Б) Аллохол

В) Лиобил

Г) Гидроксиметилникотинамид

57.РЕБЕНКУ ПЯТИ ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО

*А) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию*

Б) консервативное лечение 24-48 часов

В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию

Г) динамическое наблюдение

58. ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

*А) III*

Б) II

В) I

Г) IV

59. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ НЕСТОЙКОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

*А) IV*

Б) I

В) III

Г) II

60.ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К

*А) бактериальнообусловленному (тип В)*

Б) аутоиммунному (тип А)

В) смешанному (тип А и В)

Г) химико-токсическому (тип С)

61. ОПТИМАЛЬНАЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

*А) Висмута трикалия дицитрата, антибиотиков, антисекреторных препаратов*

Б) антацидов, Метронидазола

В) антацидов, антисекреторных препаратов

Г) цитопротекторов, Метронидазола

62. БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

*А) хронической ревматической болезнью сердца*

Б) вегетативной дисфункцией

В) заболеваниями соединительной ткани

Г) гломерулонефритом

63. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

*А) кардит*

Б) лихорадку

В) лейкоцитоз

Г) ускорение СОЭ

64. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ

*А) полиартрит*

Б) повышение титра антистрептолизина О (АСЛО)

В) снижение зубца Т на ЭКГ

Г) увеличение QT на ЭКГ

65. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

*А) 2-3 недели*

Б) 3-4 дня

В) 5 месяцев

Г) 6 недель

66. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) β-гемолитический стрептококк группы А*

Б) вирус Коксаки В

В) золотистый стафилококк

Г) гемофильная палочка

67. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) мукоидное набухание*

Б) гранулематоз   
В) фибриноидное изменение   
Г) склероз

68. В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

*А) гранулемы Ашоффа-Талалаева*

Б) волчаночные клетки

В) клетки Гоше

Г) клетки Березовского-Штернберга

69. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

*А) протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия*

Б) бактериурия

В) гематурия

Г) гипертония

70. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*А) лейкоцитурией с бактериурией*

Б) гематурией

В) протеинурией

Г) кристаллурией

71. ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

ХАРАКТЕРНА

*А) гематурия с протеинурией*

Б) гематурия с цилиндрурией

В) лейкоцитурия с бактериурией

Г) протеинурия с лейкоцитурией

72. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ

ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*А) кишечная палочка*

Б) клебсиелла

В) протей

Г) синегнойная палочка

73. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С (СО)

*А) тугоухостью и нарушением зрения*

Б) искривлением конечностей

В) мочекаменной болезнью

Г) снижением роста

74. ОБНАРУЖЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*А) острого гломерулонефрита*

Б) хронического вульвовагинита

В) острого цистита

Г) острого пиелонефрита

75. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

*А) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции*

Б) на высоте респираторного заболевания

В) через месяц после перенесенного респираторного заболевания

Г) без связи с перенесенными заболеваниями

76. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса до данным УЗИ*

Б) нарушение функционального состояния почек

В) подозрение на наличие аномалий развития почек

Г) учащенное болезненное мочеиспускание

77.РАДИОИЗОТОПНАЯ СЦИНТИГРАФИЯ МАЛОИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

*А) удвоения мочеточника*

Б) препятствия мочеиспускания

В) степени фильтрации

Г) почечной гипертензии

78. К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

*А) Гепарин*

Б) Дипиридамол

В) Пентоксифиллин

Г) Фениндион

79.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) острый лейкоз*

Б) апластическая анемия

В) инфекционный мононуклеоз

Г) тромбоцитопеническая пурпура

80.КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)

*А) 5*

Б) 2

В) 12

Г) 15

81. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ

ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

*А) времени свертываемости*

Б) времени кровотечения

В) плазминогена

Г) количества D-димеров

82. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА \_\_\_\_\_\_\_ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

*А) синячково-гематомный*

Б) петехиально-пятнистый

В) васкулитно-пурпурный

Г) гематомный

83. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ГЕМОФИЛИЯ», В

ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ \_\_\_ ФАКТОРОВ

СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

*А) VIII или IХ*

Б) I или II

В) III или IV

Г) V или VI

84. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

*А) миелограмма*

Б) гемограмма

В) иммунограмма

Г) коагулограмма

85. В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИММУНОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

*А) раздражения мегакариоцитарного ростка*

Б) нормального числа мегакариоцитов

В) угнетения мегакариоцитарного ростка

Г) близкого к нормальному числу мегакариоцитов

86. СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

*А) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях*

Б) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище

В) полиморфная, появляется одномоментно на всем теле

Г) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище

87. ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*А) ретикулоцитоз*

Б) мегакариоцитоз

В) микросфероцитоз

Г) анизопойкилоцитоз

88. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

*А) исследование костного мозга*

Б) анализ периферической крови

В) биохимическое исследование крови   
Г) исследование антигенов гистосовместимости

89. ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРОВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ

*А) гематомной*

Б) петехиально-пятнистой

В) васкулитно-пурпурной

Г) ангиоматозной

90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА

*А) лимфобластный*

Б) миеломонобластный

В) мегакариоцитарный

Г) промиелоцитарный

91. СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ

*А) Шенлейн-Геноха*

Б) Рендю-Ослера-Вебера

В) фон Виллебрандта

Г) Вискотта-Олдрича

92. УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*А) гемофилии*

Б) гемолитической анемии   
В) геморрагического васкулита

Г) тромбоцитопенической пурпуры

93. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

*А) дезагреганты*

Б) антикоагулянты

В) глюкокортикоиды

Г) мембраностабилизаторы

94. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОЗОМ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ

*А) тромбоцитов*

Б) «отмытых» эритроцитов

В) криопреципитата

Г) концентратов факторов свѐртывания

95.ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

*А) кортикостероидов*

Б) рационального питания с коррекцией обменных нарушений

В) щадящего режима физических нагрузок

Г) стабилизаторов клеточных мембран

96. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ В ПИТАНИИ ОГРАНИЧИВАЮТ

*А) редис*

Б) капусту

В) картофель

Г) абрикосы

97. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

*А) Преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течение 4-6-8 недель*  
Б) Преднизолон 2 мг/м2 /сутки в три приема в течение 4 недель

В) Преднизолон 60 мг/м2 /сутки в три приема в течение 2 недель

Г) Преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2 недель

98. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМА ТРИАДА СИМПТОМОВ

*А) протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия*

Б) гематурия, лейкоцитурия, протеинурия

В) изостенурия, никтурия, протеинурия

Г) полиурия, гликозурия, кетонурия

99. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

*А) протеинурия более 2,5-3,0 г/л*

Б) гематурия более 1 млн./сутки

В) бактериурия более 100000/мл

Г) лейкоцитурия более 40 млн./сутки

100. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*А) ускорением скорости оседания эритроцитов (СОЭ)*

Б) лейкопенией

В) эозинофилией

Г) тромбоцитопенией

101. НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*А) физиологическая анурия новорожденных*

Б) субренальная форма анурии

В) экстраренальная форма анурии

Г) ренальная форма анурии

102. РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К

*А) 2 годам*

Б) 8 месяцам

В) 1 году

Г) 6 месяцам

1033. ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

*А) хаотичностью*

Б) координированностью

В) целенаправленностью

Г) ограничением объема

104. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ

КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К (МЕС.)

*А) 4*

Б) 2

В) 6

Г) 8

105. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ УГАСАЕТ РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА?

*А) к 4 месяцам*

Б) к концу 1 года

В) к 6 месяцам

Г) к концу 1 месяца

106. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У

НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

*А) 40-60*

Б) 60-80

В) 20-40

Г) 20-30

107. КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ

УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

*А) мочекислого инфаркта почек*

Б) пиелонефрита

В) гломерулонефрита

Г) цистита

108. ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

*А) степени морфофункционального развития*

Б) соматометрическим показателям новорожденного

В) сроку гестации и массе тела новорожденного

Г) сроку гестации и длине тела новорожденного

109. НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ

СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ

РИСК РАЗВИТИЯ

*А) патологии ЦНС*

Б) аллергических заболеваний

В) врождѐнных пороков развития органов

Г) анемии

110. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ИЛИ БЦЖ-М ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ,

СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ

*А) на 3-7 день жизни*

Б) в первые 24 часа жизни

В) на 8-10 день жизни

Г) на 14 день жизни

111. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ

ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ (БАЛЛ)

*А) менее 3*

Б) 4-5

В) 5-7

Г) 8-10

112. ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСССИНДРОМА

У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

*А) исходным дефицитом сурфактанта*

Б) меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых

В) меньшим числом альвеол

Г) гиповолемией

113. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА

ПРОВОДИТСЯ

*А) двумя пальцами*

Б) основанием ладони одной руки

В) двумя руками

Г) одним пальцем

114. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ

ПОЯВЛЯЕТСЯ НА \_\_\_\_\_\_\_\_ ДЕНЬ ЖИЗНИ

*А) 2-3*

Б) 1

В) 5-7

Г) 10-14

115. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) повышенное разрушение эритроцитов*

Б) аномалия строения эритроцитов

В) аномалия строения гемоглобина

Г) несовместимость матери и ребенка по группам крови

116.ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАНКТАНТА ПРОИСХОДИТ С\_\_\_\_\_НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

*А) 24-35*

Б) 36-38

В) 16-20

Г) 39-40

117. НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

*А) апноэ во сне (до 10 секунд)*

Б) апноэ во сне (до 20 секунд и более)

В) глубоким вдохом

Г) поверхностным дыханием

118. У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)

*А) 1-2*

Б) 3-4

В) 4-5

Г) 5-6

119. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО

ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

*А) 0-2*

Б) 4-5

В) 8-10

Г) 15-20

120. ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) склонность к шелушению и мацерации*

Б) недостаточное кровоснабжение

В) хорошее развитие потовых желез

Г) плотная связь между эпидермисом и дермой

121. У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА КОЛИЧЕСТВО

ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ (%)

*А) 60-80*

Б) 40-50

В) 20-30

Г) 5-15

122. ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУННОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА

*А) G*

Б) A

В) M

Г) Е

123. ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

*А) пузырчатке новорожденного*

Б) врожденном везикулопустулезе

В) неонатальном пустулярном меланозе

Г) врожденном буллезном эпидермолизе

124. К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ

*А) везикулопустулез*

Б) токсическая эритема

В) буллезный эпидермолиз

Г) неонатальный пустулярный меланоз

125.НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

*А) муковисцидоза*

Б) врожденного порока сердца

В) атрезии пищевода

Г) тиреотоксикоза

126. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1

ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В

ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

*А) гипогликемия*

Б) гипергликемия

В) черепно-мозговая травма

Г) нарушение ритма сердца

127. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ?

*А) пожизненно*

Б) на срок продолжительности криза

В) 2 месяца

Г) 6 месяцев

128. СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА (ЕДИНИЦА)

*А) 0,4-1,0*

Б) 0,1-0,2

В) 1,2-1,6

Г) 2,0-3,0

129. СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГКС ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ

СИНДРОМЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

*А) 1/3 дозы Кортизона утром, 2/3 дозы вечером*

Б) 2/3 дозы Кортизона утром, 1/3 дозы вечером

В) всю дозу Кортизона утром

Г) всю дозу Кортизона вечером

130. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

*А) равен 25-30*

Б) меньше 18,5

В) равен 18,5-25

Г) больше 30

131. ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС

СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

*А) 18,5-25*

Б) меньше 18,5

В) 25-30

Г) больше 30

132.МОНГОЛОИДНЫМИ ПЯТНАМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ

*А) пятна со скоплением пигментообразующих клеток кожи*

Б) сосудистые пятна, не выступающие над кожей

В) сосудистые пятна, выступаюшие над кожей

Г) участки кожи с мраморным рисунком

133. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ

*А) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью*

*фермента 21-гидроксилазы*

Б) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы вгалактозу

В) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы

перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов

Г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

134. ИСТИННЫМ ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ

*А) состояние, характеризующееся снижением секреции основных*

*минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий*

Б) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)

В) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы вгалактозу

Г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

135.ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ МА2АХ1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

*А) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке*

Б) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке

В) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке

Г) тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка

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

*А) дефицит инсулина*

Б) дефицит глюкагона

В) избыток глюкагона

Г) избыток инсулина

137. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

*А) гипогликемия*

Б) гипергликемия

В) черепно-мозговая травма

Г) нарушение ритма сердца

138. УГНЕТЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОНАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ \_\_\_\_ МГ/СУТКИ

*А) 5*

Б) 10

В) 20

Г) 40

139. ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ НАЗЫВАЕТСЯ

*А) гигантизмом*

Б) гипостатурой

В) акселерацией

Г) нанизмом

140. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ

*А) перекорм, переедание*

Б) психосоциальная депривация

В) эндокринные заболевания

Г) инфекционные заболевания

141. СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*А) гермафродитное строение гениталий у девочек*

Б) артериальная гипертензия

В) рвота у девочек

Г) артериальная гипотензия

142.ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

*А) гипофиза*

Б) щитовидной железы

В) гипоталамуса

Г) гонад

143. ДЛЯ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

*А) гипергликемия*

Б) гипокалиемия

В) высокий удельный вес мочи

Г) гиперхолестеринемия

144. ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ   
*А) повышение тетрайодтирокина (Т4)*

Б) повышение тиреотрипного гормона (ТТГ)

В) повышение холестерина

Г) снижение глюкозы

145. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

*А) гипокальциемия*

Б) гиперкальциемия

В) гипофосфатемия

Г) снижение щелочной фосфатазы (ЩФ)

146. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С

*А) спазмофилией*

Б) болезнью Аддисона

В) врожденным гипотиреозом

Г) тиреотоксикозом

147. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

*А) 17-оксипрогестерон в крови*

Б) лютеинизирующий гормон

В) эстрогены

Г) фолликулостимулирующий гормон

148. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

*А) сахарный диабет 2 типа*

Б) сахарный диабет 1 типа

В) несахарный диабет

Г) гипотиреоз

149. БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

*А) совокупность признаков достигнутого развития организма в целом на данном возрастном этапе*

Б) совокупность функциональных признаков

В) совокупность антропометрических признаков

Г) диспропорциональность в развитии систем органов на данном возрастном этапе

150. КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

*А) число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, показатели физического развития*

Б) число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество молочных зубов, показатели физического развития

В) число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие

Г) число ядер окостенения, количество молочных зубов, показатели физического развития, психомоторное развитие

**Образец экзаменационного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра факультетской педиатрии**

**Специальность 31.05.02 «Педиатрия»**

**Дисциплина «Факультетская педиатрия, эндокринология»**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Вариант набора тестовых заданий №1
2. Клиническая задача №1. Методика клинического обследования ребенка. Оценка результатов лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке ребенку 10 лет. Выпишите рецепт ребенку 10 лет: Преднизолон
3. Введение в неонатологию. Понятие о периодах внутриутробного развития плода, перинатальном и неонатальном периоде. Критерии доношенности, недоношенности и переношенности. Шкала Дубовица, Баллард. Критерии морфофункциональной зрелости новорожденного. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.
4. Врожденные пороки сердца. Коарктация аорты. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Прогноз.
5. Хронический пиелонефрит. Этиология. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма и другие). Патогенез. Классификация. Ранняя диагностика. Профилактика.
6. Ожирение. Определение. Эпидемиология. Этиология. Роль наследственной предрасположенности и факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиника. Профилактика
7. Задача по питанию: составить рацион питания ребенку 7 месяцев с железодефицитной анемией, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление: 70-80 мл. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

**Зав .кафедрой, д.м.н, профессор, ЗВ РФ А.А.Вялкова**

**Декан педиатрического факультета**

**д.м.н.,профессор Е.А.Кремлева**

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

*Центильные таблицы, таблицы SDS, таблица костного возраста*

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

*Негатоскоп, линейки для расчета КТИ, ТТИ*

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации | Знатьправила заполнения медицинской документации в стационаре | вопросы № 1,2,3 ситуационных задач №1-26  вопросы тестовых заданий № 1-5 |
| Уметь грамотно написать учебную историю болезни; оформить обоснование диагноза, дневник курации, эпикриз этапный и выписной на пациентов с различными нозологическими диагнозами | вопросы № 1,2,3 ситуационных задач №1-26 |
| Владетьграмотно заполнять как учебную, так и стандартную документацию (№003/у-80) | вопросы № 1,2,3 ситуационных задач №1-26 |
| 2 | ОПК-8 готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | Знатьосновные группы лекарственных препаратов, используемых в педиатрии | Вопросы тестовых заданий № 6, 7, 8, 20, 41, 42, 43, 55, 56, 61, 78, 93, 95, 97, 128, 138 |
| Уметь составить план медикаментозного лечения конкретного пациента | Вопросы экзаменационных задач №3, 4 |
| Владеть готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций в педиатрии | Вопросы экзаменационных задач №3, 4  Вопросы перечня рецептов №1-45 |
| 3 | ОПК-9 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | Знать нормативные параклинические показатели у детей: лабораторные, морфофункциональные, инструментальные для оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | Экзаменационные вопросы №1-68 |
| Уметь оценить результаты лабораторного и инструментального обследования детей | Экзаменационные задачи №1-26 |
| Владеть навыками клинического обследования пациентов | Перечень практических навыков № 1-23 |
| 4 | ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знатьметодику сбора и анализа жалоб пациента или его законных представителей с целью установления факта наличия или отсутствия заболевания; роль анамнеза заболевания и жизни больного ребенка в процессе установления факта наличия или отсутствия заболевания; клинические проявления основных заболеваний детского возраста основные лабораторные показатели, а также методы инструментальных исследований для установления факта наличия или отсутствия заболевания у детей | Экзаменационные вопросы №1-68 |
| Уметь получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания; определить необходимость проведения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных и пр.), уметь интерпретировать их результаты; провести дифференциальную диагностику основных заболеваний у детей различных возрастных групп, обосновать клинический диагноз, составить программу лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий | Экзаменационные задачи №1-26 |
| Владеть методикой сбора жалоб и анамнеза, физикальными методами обследования детей, анализом результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, медицинской терминологией при формулировке диагноза | Перечень практических навыков № 1-23 |
| 5 | ПК-6 способностью 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-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | Знать методику обследования основных органов и систем детей и подростков; семиотику и основные синдромы поражения органов и систем у детей и подростков; наиболее часто используемые лабораторные и инструментальные методы исследования, их диагностическую значимость; | Экзаменационные вопросы №1-68 |
| Уметь выявить основные синдромы поражения органов и систем больного ребенка на основании данных его клинико-параклинического обследования сформулировать диагноз основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здраво-охранения, г. Женева, 1989 г.; пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43- ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г; оценить результат лабораторного и инструментального исследования | Экзаменационные задачи №1-26 |
| Владеть способностью 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- ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. оценкой результатов лабораторного и инструментального исследования | Экзаменационные задачи №1-26 |
| 6 | ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знать клинические показания для госпитализации в стационар и тактику ведения, маршрутизацию детей с основными нозологическими диагнозами | Экзаменационные вопросы №1-68 |
| Уметь определить тяжесть состояния и алгоритм ведения детей с различными нозологическими формами патологии и дать соответствующие рекомендации | Экзаменационные задачи №1-26 |
| Владеть способностью к определению тактики ведения детей с различными нозологическими формами патологии | Практические навыки №1-23 |