

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«14» Июня 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.19 «Педиатрия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

<u>Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)
<u>Доцент кафедры, к.м.н.</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Жданова М.В.</u> (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
название кафедры

<u>« 30 » 08</u>	2021 г.,	протокол заседания № <u>1</u>
<u>Заведующий кафедрой</u>	<u>Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО</u> название кафедры	
<u>Д.м.н., профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен **знать:**

- основные принципы управления и организации медицинской помощи детям;
- показания к госпитализации и выписке из стационара детей с острыми и хроническими заболеваниями, наблюдение за выписанными и их реабилитация, принципы диспансеризации при различных видах патологии;
- организацию мониторинга заболеваемости детского населения, вопросы экспертизы и медико-юридической помощи населению;
- организацию противоэпидемических мероприятий при детских инфекционных заболеваниях;
- особенности патогенеза различных заболеваний с учетом поло-возрастных особенностей, а также внешних факторов, способствующие возникновению болезни;
- гигиенические и эпидемиологические аспекты в детских коллективах;
- организацию профилактических мероприятий, направленных на предотвращение заболеваемости инфекционными болезнями детей и подростков;
- клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование с учетом действующих клинических рекомендаций, порядком оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;
- клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям;
- клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям;
 - клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи детям;
 - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем

уметь:

- собрать анамнез, провести опрос, провести обследование пациента различного возраста, с учетом диагностических возможностей амбулаторного или стационарного звена медицинской помощи;
- разработать пациенту план лечения, с учетом возраста пациента, течения болезни, подобрать и назначить диету, лекарственную терапию, применять различные способы введения лекарственных препаратов, использовать методы не медикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;
- назначить диетотерапию ребенку с учетом возраста в соответствии с клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;
- формировать у пациентов и их родителей приверженность к лечению;
- оказать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;
- выполнять неотложные пособия, входящие в рамки неотложной специализированной помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;
- оказать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в

соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;

- оказать паллиативную медицинскую помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;
- оценка эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей;
- вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, выписывать рецепты, больничные листы;

владеть навыками:

- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
- методами сбора анамнеза, осмотра пациента, перкуссии и пальпации различных органов,
- интерпретацией результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики инфекционных заболеваний;
- алгоритмом постановки клинического диагноза при острой и хронической патологии у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;
- алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями порядка оказания медицинской помощи;

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.19«Педиатрия»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за	Текущий Промежуточный

		детьми и подростками	
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
5	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
7	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный
Профессионально-специализированные компетенции			
8	ПСК-1	готовность к оказанию лечебно-профилактической помощи детям с патологией органов дыхания	Текущий Промежуточный
9	ПСК-2	готовность и умение оказания лечебно-профилактической помощи детям с патологией пищеварительного тракта	Текущий Промежуточный
10	ПСК-3	готовность и умение проведения лечебно-профилактической помощи детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	Текущий Промежуточный
11	ПСК-4	готовность и умение организации лечебно-профилактической помощи детям с патологией мочевыделительной системы	Текущий Промежуточный
12	ПСК-5	готовность и умение организации лечебно-профилактической помощи детям с патологией иммунной и кроветворной системы	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний у детей, установления диагноза	Назначение лечения детям с различными заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности	Назначение реабилитационных мероприятий детям и контроль их эффективности	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+			+	
ПК-2	+				+
ПК-5	+				+
ПК-6		+			
ПК-8			+	+	
ПК-9				+	
ПСК-1	+				
ПСК-2	+				
ПСК-3	+				
ПСК-4		+			
ПСК-5		+			

4. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике (Б 2) по специальности 31.08.19. «Педиатрия» 2, 3-ий семестр

2-й семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-35	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-16		
2.	ПК-1	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 138-156	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 15-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
3.	ПК-2	Б.1.Б.1.	Б.1.Б.1.	Б.1.Б.1.	Б.1.Б.1. «Педиатрия»

		«Педиатрия» 33-40	«Педиатрия» : 15-80	«Педиатрия» 1-38	1-30
4.	ПК-5	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 86-110	Б.1.Б.1. «Педиатрия»: Методы дополнительно го обследования ребенка 81-121	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
5.	ПК-6	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-7 Б.1.Б.4. «Патологическая анатомия» 1-100 Б.1.Б.5 «Патологическая физиология» 1-30	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 15-39 «Патологическая анатомия» 1-50 Б.1.Б.5 «Патологическая физиология» 1-30	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
6.	ПК-8	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 111-126	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 40--80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
7.	ПК-9	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-35	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-16		
8.	ПСК-1	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 149-153	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
9.	ПСК-2	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 57-85	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
10.	ПСК-3	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 41-46	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
11.	ПСК-4	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 47-56	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
12.	ПСК-5	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 8-14	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30

3-й семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
Наименование материалов оценочных средств					

		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-35	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-16		
2.	ПК-1	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 138-156	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 15-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
3.	ПК-2	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 33-40	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 15-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
4.	ПК-5	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 86-110	Б.1.Б.1. «Педиатрия»: Методы дополнительно го обследования ребенка 81-121	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
5.	ПК-6	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-7 Б.1.Б.4. «Патологическая анатомия» 1-100 Б.1.Б.5 «Патологическая физиология» 1-30	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 15-39 «Патологическая анатомия» 1-50 Б.1.Б.5 «Патологическая физиология» 1-30	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
6.	ПК-8	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 111-126	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 40--80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
7.	ПК-9	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-35	Б.1.Б.3 «Педагогика» 1-16		
8.	ПСК-1	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 149-153	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
9.	ПСК-2	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 57-85	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
10.	ПСК-3	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 41-46	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
11.	ПСК-4	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 47-56	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30

12.	ПСК-5	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 8-14	Б.1.Б.1. «Педиатрия» : 1-80	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-38	Б.1.Б.1. «Педиатрия» 1-30
-----	-------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------

5. Критерии оценки, шкалы оценивания

5.1.Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2.Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3.Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

6. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

Тесты

1. ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ПРИВЕДЕТ К БОЛЬШЕМУ УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:

1. у высокотренированного человека
2. у обычного человека
3. у слабого человека

2. ПОМЕХИ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ В СТАНД. ОТВЕДЕНИЯХ II, III, НО НЕ В ОТВЕДЕНИИ I СВЯЗАНЫ С ПЛОХИМ КОНТАКТОМ ЭЛЕКТРОДА:

1. на левой руке
2. на правой руке
3. на левой ноге
4. на правой ноге

3. СИЛА СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦЫ В ОТВЕТ НА ОДИНОЧНОЕ ПРЯМОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНОГО ПРЕПАРАТА:

1. увеличится
2. уменьшится
3. не изменится

4. НАИБОЛЕЕ ЯРКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЕ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ БУДЕТ:

1. гиперрефлексия
 2. коматозное состояние
 3. нарушение координации движений
 4. нистагм
 5. диплопия
5. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТОНУСА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА НА ЭКГ БУДЕТ:
1. снижение вольтажа зубца Т
 2. уширение комплекса QRS
 3. удлинение интервала PQ
 4. уширение зубца Р
 5. укорочение интервала PQ
6. РЕЗКО ПОВЫШЕННЫЙ ДИУРЕЗ ПРИ СНИЖЕННОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:
1. коры больших полушарий
 2. мозжечка
 3. гиппокампа
 4. гипофиза
 5. ствола мозга
7. В ОТВЕТ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СОЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ:
1. альдостерона
 2. антидиуретического гормона
 3. адренкортикотропного гормона
 4. окситоцина
8. ПРИ ГЕМОФИЛИИ:
1. время кровотечения резко повышено, время свертывания мало изменено
 2. время кровотечения мало изменено, время свертывания резко повышено
 3. время кровотечения и время свертывания повышены
 4. время кровотечения и время свертывания мало изменены
9. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ОТ Rh- ДОНОРА Rh+ РЕЦИПИЕНТУ ТРАНСФУЗИОННЫЙ ШОК, СВЯЗАННЫЙ С Rh-НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ:
1. не возникает
 2. возможен при переливании большого объема крови
 3. возможен, если реципиент - женщина с несколькими беременностями в анамнезе
 4. возможен, если донор - женщина с несколькими беременностями в анамнезе
 5. возможен, если реципиенту уже было проведено несколько переливаний крови
10. У БОЛЬНОГО С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ:
1. время кровотечения резко повышено, время свертывания мало изменено
 2. время кровотечения мало изменено, время свертывания

резко повышено

3. время кровотечения и время свертывания повышены
4. время кровотечения и время свертывания мало изменены

11. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕННЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:

1. аномалии расхождения хромосом
2. аномалии кроссинговера
3. аномалии репликации
4. аномалии синтеза белка

12. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОМОСОМНЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:

1. аномалии расхождения хромосом
2. аномалии кроссинговера
3. аномалии репликации
4. аномалии синтеза белка

13. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕНОМНЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:

1. аномалии расхождения хромосом
2. аномалии кроссинговера
3. аномалии репликации
4. аномалии синтеза белка

14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОБЪЯСНЕНИЕМ НАЛИЧИЯ В 1/4 КЛЕТОК РЕБЕНКА ТРИСОМИИ ПО 21-Й ХРОМОСОМЕ, А В 3/4 - НОРМАЛЬНОГО КАРИОТИПА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. нерасхождение 21-й хромосомы в мейозе при овогенезе
2. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии дробления
3. нерасхождение 21-й хромосомы в мейозе при сперматогенезе
4. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии гастрюляции
5. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии первичного органогенеза

15. У ВШИ:

1. три отдела тела, три пары конечностей
2. два отдела тела или отсутствует разделение тела на отделы, четыре пары конечностей
3. три отдела тела, четыре пары конечностей

16. У ТАЕЖНОГО КЛЕЩА:

1. три отдела тела, три пары конечностей
2. два отдела тела или отсутствует разделение тела на отделы, четыре пары конечностей
3. три отдела тела, четыре пары конечностей

17. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ
ДИФИЛЛОБОТРИОЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

18. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА
ПРИ ТЕНИАРИНХОЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

19. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ
ЭХИНОКОККОЗЕ АСКАРИДОЗЕ, ТРИХОЦЕФАЛЕЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

20. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Lamblia*
intestinalis В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. кровь

21. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Fasciola*
hepatica В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

22. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Paragonimus*
westermanii В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

23. ПАРАЗИТИРОВАНИЕ ЛИЧИНОК СВИНОГО ЦЕПНЯ
И ЭХИНОКОККА НЕВОЗМОЖНО:

1. в головном мозге
2. в мышцах
3. в печени

4. в легких
5. в кишке

24. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕНИОЗА:

1. цистицеркоз
2. парагонимоз
3. эхинококкоз
4. моллюск

25. ЛЕГОЧНЫЙ СОСАЛЬЩИК ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ:

1. цистицеркоза
2. парагонимоза
3. тениоринхоза
4. хламидиоза

26. КАК ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ, ТАК И ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. человек
2. лебедь
3. гусь
4. корова

27. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ВСЕХ СОСАЛЬЩИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. человек
2. рыба
3. моллюск
4. птица

28. ПОЛОВОЗРЕЛАЯ СТАДИЯ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ТРИХИНЕЛЛЫ СПИРАЛЬНОЙ ОБИТАЕТ У ЧЕЛОВЕКА В:

1. толстой кишке
2. легких
3. мочевом пузыре
4. печени
5. тонкой кишке

29. ЛЕЙШМАНИОЗАМИ ЧЕЛОВЕК ЗАРАЖАЕТСЯ:

1. при питье необеззараженной воды
2. при контакте с почвой
3. при укусах москитами
4. при укусах грызунами
5. при укусах мошками

30. ЕСЛИ ОБНАРУЖЕНЫ ЯЙЦА КОШАЧЬЕГО СОСАЛЬЩИКА В ФЕКАЛИЯХ, ТО ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

1. трихинеллез
2. описторхоз
3. парагонимоз

4. тениидозы
5. амебиаз

31. ЕСЛИ ОБНАРУЖЕНЫ ЯЙЦА КРОВЯНОГО СОСАЛЬЩИКА В МОЧЕ, ТО ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

1. трихинеллез
2. описторхоз
3. мочеполовой шистосоматоз
4. тениидозы
5. амебиаз

32. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Balantidium coli* В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

33. ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
2. 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
3. 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
4. 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек

34. ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
2. 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
3. 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
4. 13-16 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек

35. СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА (В СМ) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 45-47
2. 48-49
3. 50-52
4. 53-55

36. СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА (В Г) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 2700-2900
2. 3000-3200
3. 3300-3400
4. 3500-3700

37. МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 7-9 мес
2. 9-12 мес

3. 12-18 мес
4. 18-24 мес

38. СООТВЕТСВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РЕБЕНКА РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (n-ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ):

1. $n-2$
2. $n-4$
3. $n-6$
4. $n-8$

39. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВСЕХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ:

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

40. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

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

41. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 90 в 1 мин
2. 100 в 1 мин
3. 130 в 1 мин
4. 160 в 1 мин

42. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА В 1 ГОД В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100 в 1 мин
2. 120 в 1 мин
3. 140 в 1 мин
4. 160 в 1 мин

43. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80 в 1 мин
2. 90 в 1 мин
3. 100 в 1 мин
4. 120 в 1 мин

44. СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.)У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ(n-ВОЗРАСТ В ГОДАХ):

1. $60+2n$
2. $90+n$
3. $90+2n$
4. $100+n$

45. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДИТСЯ:

1. По срединно-ключичной линии
2. По передней подмышечной линии
3. Кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
4. Кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

46. У ДЕТЕЙ ПЕЧЕНЬ ВЫСТУПАЕТ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ДО:

1. 3-5 лет
2. 5-7 лет
3. 7-9 лет
4. 9-11 лет

47. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПОЧКИ ЗАРОДЫША ЧЕЛОВЕКА:

1. головная почка, тазовая почка в тазовой области, туловищная почка, тазовая почка в поясничной области
2. головная почка, туловищная почка, тазовая почка в тазовой области, тазовая почка в поясничной области
3. головная почка, туловищная почка, тазовая почка в поясничной области, тазовая почка в тазовой области

48. КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1/3-1/5
2. 1/3-1/2
3. 2/3-3/4
4. Соответствует количеству выпитой жидкости

49. КОЛЕБАНИЯ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ (МЛ) У РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ:

1. 100-300
2. 300-600
3. 500-700
4. 700-900

50. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ДО:

1. 5-10
2. 10-15
3. 15-20
4. 20-25

51. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100-140
2. 120-140
3. 160-180
4. 180-240

52. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100-120
2. 110-130
3. 120-140
4. 140-160

53. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ (10⁹/Л) У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-6
2. 6-12
3. 12-15
4. 16-20

54. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ (10⁹/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ:

1. 50-100
2. 50-200
3. 100-300
4. 150-300

55. ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 2-3 дней жизни
2. 4-5 дней жизни
3. 10-11 дней жизни
4. 5-6 месяцев

56. ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 4-5 месяцев
2. 2-3 лет
3. 4-5 лет
4. 6-8 лет

57. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ (%) В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА С ВОЗРАСТОМ:

1. Уменьшается
2. Увеличивается
3. Не изменяется

58. СВОБОДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ РЕЖИМ КОРМЛЕНИЙ:

1. каждые 3 часа с ночным перерывом
2. Каждые 3 часа без ночного перерыва
3. Когда сам ребенок определяет часы и объем кормлений (кормления по «требованию» ребенка)
4. В фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком

59. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ РЕЖИМ:

1. Кормлений «по требованию»
2. Кормлений в фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком
3. Регламентированных кормлений по часам и объему

60. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 2-Х МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НА РЕГЛАМЕНТИРОВАННОМ РЕЖИМЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ:

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

61. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ОТ 2-3 ДО 5-6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НА РЕГЛАМЕНТИРОВАННОМ РЕЖИМЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ:

1. 4
2. 6
3. 8

62. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЯ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ:

1. 3
2. 4
3. 5
4. 6

63. БЕЛКИ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ БОГАТЫ АМИНОКИСЛОТАМИ:

1. незаменимыми
2. заменимыми

64. В МАТЕРИНСКОМ МОЛОКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ:

1. насыщенные
2. ненасыщенные

65. В СОСТАВЕ ДИЕТЫ ДЕТЕЙ ПРИ МОЛОЧНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ БЕЛКИ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ:

1. 60%
2. 20%
3. 100%

66. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Бифидум-бактерии
2. Ацидофильные палочки
3. Кишечные палочки
4. Энтерококки

67. СМЕШАННЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПИТАНИЕ ГРУДНОГО РЕБЕНКА, КОГДА НАРЯДУ С ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ:

1. фруктовое пюре
2. Овощное пюре
3. Донорское молоко
4. Детские молочные смеси (заменители женского молока)
5. Фруктовые и овощные соки

68. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ БЛЮДА И ПРОДУКТЫ ПРИКОРМА:

1. Приготовленные в домашних условиях

2. Промышленного выпуска

69. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА):

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

70. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СПОСОБЫ:

1. Объемный
2. Энергетический
3. формула Зайцевой

71. К КАКОМУ ВОЗРАСТУ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПИРАМИДНОГО ПУТИ:

1. 3 месяца после рождения
2. 3 года
3. 6 лет
4. 12 месяцев после рождения

72. ПЕРВЫЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ ВОЗНИКАЮТ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ:

1. вне тела эмбриона в мезенхиме желточного мешка
2. в теле эмбриона в первичной кишке
3. в теле эмбриона в половом валике

73. ПЕРВИЧНЫЕ СОСУДЫ, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ, ПО СТРУКТУРЕ НАПОМИНАЮТ:

1. артерии мышечного типа
2. артерии эластического типа
3. капилляры
4. вены безмышечного типа

74. ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ МИОКАРД НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН:

1. для эмбрионального периода
2. для раннего фетального периода
3. для позднего фетального периода

75. ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯ ЭНДОКАРДА:

1. мезенхима
2. миоэпикардальная пластинка висцерального листка спланхнотома
3. энтодерма желточного мешка

76. ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯ МИОКАРДА:

1. мезенхима
2. миоэпикардальная пластинка висцерального листка спланхнотома

3. энтодерма желточного мешка
77. ФЕТАЛЬНАЯ КОРА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОДВЕРГАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ:
1. на 3-м месяце внутриутробной жизни
 2. на 6-м месяце внутриутробной жизни
 3. у новорожденного
78. НА КАКОЙ НЕДЕЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ВОЗНИКАЕТ ЗАЧАТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
1. на третьей-четвертой
 2. на шестой-седьмой
 3. на двенадцатой
 4. на десятой
79. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ БУРОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. структурная
 2. генерация тепла
 3. защитная
80. PH ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:
1. 1.5-2.5
 2. 7.8-8.2
 3. 3.8-5.8
81. У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕОБЛАДАЕТ ПЕРЕВАРИВАНИЕ УГЛЕВОДОВ:
1. полостное
 2. пристеночное
82. У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ПРЕОБЛАДАЮЩИМИ ШТАММАМИ МИКРООРГАНИЗМОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
1. E.coli
 2. B.lactic aerogenes
 3. B.acidophilus
 4. Lactobacillus bifidus
83. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОТРАЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ:
1. Калия
 2. Кальция
 3. Натрия
 4. Магния
84. У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ КОЛЮЩИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА. ЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:
1. Клинический анализ крови и ЭКГ
 2. ФКГ
 3. Рентгенографию сердца
 4. Пробу с физической нагрузкой

85. НА ПРИЕМЕ - ДЕВОЧКА 10 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В СЕРДЦЕ.
КЛИНИЧЕСКИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:
1. ЭКГ
 2. Апекскардиограмму
 3. Реокардиограмму
 4. Пробу с физической нагрузкой
 5. Велоэргометрию
86. МЕТОД ЭЛЕКТРОГРАФИИ ОТРАЖАЕТ МЕНЬШЕ ВСЕГО:
1. Автоматизм
 2. Проводимость
 3. Возбудимость
 4. Сократимость
87. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО:
1. Гипертрофия межжелудочковой перегородки
 2. Увеличение полости левого желудочка
 3. Увеличение полости правого желудочка
 4. Гипертрофия предсердий
88. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:
1. Гипертрофия левого желудочка
 2. Увеличение полостей желудочков
 3. Гипертрофия правого желудочка
 4. Гипертрофия межжелудочковой перегородки
89. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАНЯТИЙ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ:
1. ЭхоКГ
 2. ФКГ
 3. ЭКГ
 4. Рентгенографии
90. ИССЛЕДОВАНИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОКАЗАННОЕ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПЛАВАНИЯ:
1. ФКГ
 2. Рентгенограмма сердца
 3. Тахисцилография
 4. ЭКГ
91. ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПЛАВАНИЯ НУЖНО СДЕЛАТЬ ЭКГ, ТАК КАК:
1. ЭКГ - неинвазивный метод
 2. ЭКГ дает информацию, которую нельзя получить при клиническом исследовании (аускультации, перкуссии)
 3. ЭКГ уточняет данные аускультации
 4. ЭКГ позволяет осуществлять наблюдение в динамике
92. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:
1. ЭхоКГ
 2. Рентгенограмма
 3. Радиоизотопное исследование
 4. ЭКГ + ФКГ + рентгенограмма
93. PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

(СИНДРОМЕ ВОЛЬФА - ПАРКИНСОНА - УАЙТА, WPW) СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ):

1. 0.14
2. 0.10
3. 0.18
4. 0.20

94. PQ НА ЭКГ ШКОЛЬНИКА РАВНО (В СЕКУНДАХ):

1. 0.18
2. 0.20
3. 0.22

95. QRS НА ЭКГ ШКОЛЬНИКА РАВЕН (В СЕКУНДАХ):

1. 0.05
2. 0.08
3. 0.10
4. 0.04

96. В НОРМЕ ЗУБЕЦ Р У ДЕТЕЙ В III ОТВЕДЕНИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ:

1. Положительным
2. Отрицательным
3. Отсутствует (изоэлектричен)

97. В НОРМЕ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НА ЭКГ ПРЕОБЛАДАЮТ ПОТЕНЦИАЛЫ:

1. Правого желудочка
2. Левого желудочка
3. Увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочков

98. ЗУБЕЦ Т В ОТВЕДЕНИЯХ II, V5, V6 РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

1. Отрицательный
2. Положительный
3. (+-)
4. Изоэлектрический

99. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. Фонокардиографии
2. Правожелудочковой кардиографии
3. Левожелудочковой кардиографии
4. Эхокардиографии

100. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. Правожелудочковой кардиографии
2. Левожелудочковой кардиографии
3. ЭКГ
4. ЭхоКГ

101. СНИЖЕНИЕ ЗУБЦА Т НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО ВСЕМ, КРОМЕ:

1. Гиперкалиемии
2. Гипокалиемии
3. Инфекционно-токсической кардиомиопатии при пневмонии
4. Тяжелой аллергической реакции

102. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА

ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ:

1. Ревматизма
2. Идиопатической кардиомиопатии
3. Пароксизмальной тахикардии
4. Перикардита

103. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У КАРДИОРЕВМАТОЛОГА НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЕТЯМ:

1. С неполной блокадой правой ножки пучка Гиса
2. С синдромом увеличенного интервала QT
3. С синдромом Вольфа - Паркинсона - Уайта (WPW)
4. С неполной AV-блокадой

104. ДЛЯ AV-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО:

1. PQ = 0.18
2. PQ = 0.20
3. PQ = 0.25
4. Все указанные величины

105. ДЛЯ AV-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО:

1. PQ = 0.22
2. PQ = 0.18
3. PQ = 0.16
4. Все указанные величины

106. ЭХОКГ ЧЕТКО ВЫЯВЛЯЕТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ:

1. Врожденного порока сердца
2. Идиопатических кардиомиопатий
3. Опухоли левого предсердия
4. Выпотного перикардита
5. Функциональной кардиопатии

107. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ:

1. Размеров полостей сердца
2. Состояния сердечных клапанов
3. Состояния межжелудочковой перегородки
4. Ударного и минутного объема сердца
5. Насыщения крови кислородом

108. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ЭКГ
2. ЭхоКГ
3. ФКГ
4. Рентгенограмма сердца

109. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. ЭКГ
2. Рентгенография
3. Векторкардиография
4. ЭхоКГ

110. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ДМЖП НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:

1. Фонокардиография
2. Рентгенография
3. Векторкардиография
4. ЭхоКГ

111. ПРИ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЯХ В КРОВИ ПЛОДА И РЕБЕНКА ДО 1 МЕС НАКАПЛИВАЕТСЯ:

1. галактоза
2. молочная кислота
3. гликоген

112. ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ:

1. 22-37 недель
2. 28-37 недель
3. 36-40 недель
4. 38-42 недели
5. более 42 недель

113. I СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. Отставанием в росте на 2-4 см и более
2. Массо-ростовым показателем 55-59,9; дефицит массы 1,5-2 сигмы
3. Уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
4. Наличием пороков развития
5. Увеличением размеров паренхиматозных органов

114. III СТЕПЕНЬ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. Отставанием в росте на 2-4 см и более
2. Массо-ростовым показателем 55-59,9
3. Уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
4. Наличием пороков развития
5. Увеличением размеров паренхиматозных органов

115. ПРИНЦИПАМИ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Коррекция грудного вскармливания
2. Коррекция сердечной деятельности
3. Антибактериальная терапия
4. Инсулинотерапия
5. Гормональная терапия

116. ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Незрелость глюкуронилтрансферазы печени
2. Изоиммунная гемолитическая анемия
3. Гемоглобинопатия
4. Внутриутробная инфекция
5. Аутоиммунная гемолитическая анемия

117. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТСЯ:

1. Гепатоспленомегалия
2. Геморрагический синдром
3. Тромбоцитопения
4. Лейкопения

5. Диспепсический синдром

118. ВАКЦИНАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:

1. В первые 12 часов жизни
2. На 2 день жизни
3. На 3 день жизни
4. На 4 день жизни
5. При выписке из родильного дома

119. ДИАГНОСТИКА ФЕТО-МАТЕРИНСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

1. Тесте Апта
2. Определении группы крови и резус-фактора матери и ребенка
3. Окраска мазка крови матери по Клейхауэру-Бетке
4. Определении типа гемоглобина ребенка
5. Исследовании костного мозга ребенка

120. ДИАГНОСТИКА АЛЬФА-ТАЛАССЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

1. Тесте Апта
2. Определении группы крови и резус-фактора матери и ребенка
3. Окраска мазка крови матери по Клейхауэру-Бетке
4. Определении типа гемоглобина ребенка
5. Исследовании костного мозга ребенка

121. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. Применяют гипсовую повязку
2. Применяют повязку Дезо
3. Применяют физиотерапевтические процедуры
4. Не проводят иммобилизации
5. Применяют антибактериальную терапию

122. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Пузырек
2. Пятно
3. Эрозия
4. Булла
5. Лихенификация

123. ДЛЯ ФУНГУСА ПУПКА У НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО:

1. Серозное отделяемое из пупочной раны
2. Отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
3. Положительный симптом Краснобаева
4. Язвочка с подрывными краями, покрытая фибринозными наложениями
5. Грибовидная опухоль на дне пупочной раны

124. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. Ацикловир
2. Цитотект
3. Ганцикловир
4. Макролиды
5. Аминогликозиды

125. КАТАРАКТА, МИКРОФТАЛЬМИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГЛУХОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ:

1. Вирусом герпеса
2. Цитомегаловирусом
3. Вирусом краснухи
4. Листерией
5. Хламидиями

126. ПРИ СИНДРОМЕ «НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА» (СИНДРОМЕ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА) В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. Анемия
2. Лейкоцитоз
3. Лейкопения
4. Эозинофилия
5. Томбоцитопения

127. ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. Переливаний эритроцитарной массы
2. Витамина E
3. Рекомбинантного эритропоэтина
4. Дексаметазона
5. Препараты железа

128. ИСКУССТВЕННЫЙ СУРФАКТАНТ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ВВОДИТСЯ:

1. Энтерально
2. Эндотрахеально
3. Внутривенно
4. Внутримышечно
5. Подкожно

129. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

1. антигистаминные препараты
2. седативные препараты
3. ферменты
4. системные глюкокортикоиды
5. сорбенты

130. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД МЕСТНО ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. содержащие антигистаминные препараты
2. содержащие глюкокортикостероидные гормоны в негалогенизированной форме, препятствующей системному воздействию
3. содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты
4. содержащие антибактериальные противовоспалительные средства
5. водные красители

131. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1-2 дня
2. 3-7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней

5. до 1 мес

132. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ
СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1-2 дня
2. 3-7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней
5. до 1 мес

133. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТЕПЕНИ
СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1-2 дня
2. 3-7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней
5. до 1 мес

134. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ
ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-8%
2. 8-10%
3. 10-20%
4. 20-30%
5. более 30%

135. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ II СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ
ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-8%
2. 8-10%
3. 10-20%
4. 20-30%
5. более 30%

136. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ
ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-8%
2. 8-10%
3. 10-20%
4. 20-30%
5. более 30%

137. К ПАРАТРОФИИ ОТНОСЯТСЯ СОСТОЯНИЯ С:

1. дефицитом массы более 10%
2. избытком массы от 5 до 10%
3. избытком массы более 10%
4. избытком массы и роста более 10%
5. избытком массы более 20%

138. ПРИ РАХИТЕ В ПЕРИОД РАЗГАРА В БИОХИМИЧЕСКОМ
АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ:

1. щелочной фосфатазы
2. общего белка
3. непрямого билирубина
4. АсТ, АлТ

5. прямого билирубина

139. ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

1. плаксивость
2. потливость
3. костные деформации
4. снижение аппетита
5. извращение вкуса

140. АНТАГОНИСТОМ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ ВИТАМИН:

1. А
2. В6
3. В12
4. В1
5. Е

141. КАШЕЙ, ОБЛАДАЮЩЕЙ АНТИКАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИМ СВОЙСТВОМ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА ПРИ ГИПЕРВИТАМИНОЗЕ D, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гречневая
2. овсяная
3. рисовая
4. пшеничная
5. манная

142. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кардиомегалия
2. гепатомегалия
3. спленомегалия
4. увеличение почек
5. частые бронхолегочные заболелвания

143. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ:

1. системы кроветворения
2. центральной нервной системы
3. печени
4. костной системы
5. иммунной системы

144. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БРУТОНА ХАРАКТЕРНО:

1. снижение IgA
2. снижение IgG
3. снижение IgM
4. лимфоцитопения
5. повышение IgA

145. ДЛЯ СИНДРОМА ДИ ДЖОРДЖИ ХАРАКТЕРНО:

1. снижение IgA
2. снижение IgG
3. снижение IgM
4. лимфоцитопения

5. анемия

146. СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями
2. рецидивирующими вирусными инфекциями
3. рецидивирующими грибковыми инфекциями
4. сепсисом
5. недостаточностью паращитовидных желез

147. ДЛЯ КОМБИНИРОВАННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ХАРАКТЕРНО:

1. снижение IgA
2. снижение IgG
3. снижение IgM
4. лимфоцитопения
5. повышение IgA

148. ДЛЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ХАРАКТЕРНО:

1. снижение IgA
2. снижение IgG
3. снижение IgM
4. повышение IgA
5. тромбоцитопения

149. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I ст. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ:

1. одышки при физической нагрузке
2. одышки при покое
3. втяжения межреберных промежутков, эпигастральной пульсации

150. БРОНХИОЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ:

1. первого года жизни
2. после 3-х лет
3. подросткового периода

151. ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ, ЕСЛИ ПОРАЖЕНЫ:

1. не более 3 сегментов
2. не более 6 сегментов в каждом лёгком
3. не более 6 сегментов в обоих легких

152. ПЛЕВРИТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПРОЦЕССЕ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. синпневмоническими
2. метапневмоническими
3. аллергическими
4. серозными

153. ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ДИФФУЗНОМ ФИБРОЗЕ ЛЕГКИХ:

1. рестриктивные
2. обструктивные
3. смешанные

154. ПРОФИЛАКТИКА ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА:

1. борьба с грызунами
2. вакцинопрофилактика
3. дезинфекция

155. ИММУНИЗАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ ВАКЦИНАМИ:

1. коревой
2. паротитной
3. пневмококковой
4. столбнячной
- 5.гриппозной

156. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВАКЦИНЫ:

1. живая
2. химическая
3. рекомбинантная

Эталоны ответов

- 1-1
- 2-3
- 3-3
- 4-2
- 5-3
- 6-4
- 7-2
- 8-2
- 9-4
- 10-1
- 11-3
- 12-2
- 13-1
- 14-2
- 15-1
- 16-2
- 17-2
- 18-3
- 19-1
- 20-3
- 21-5
- 22-2
- 23-5
- 24-1
- 25-2
- 26-1
- 27-3
- 28-5
- 29-3
- 30-2
- 31-3
- 32-4
- 33-3
- 34-2
- 35-3
- 36-3

37-2
38-2
39-2
40-2
41-1
42-2
43-3
44-3
45-3
46-2
47-2
48-3
49-2
50-4
51-4
52-3
53-2
54-4
55-2
56-3
57-1
58-3
59-1
60-3
61-2
62-3
63-1
64-2
65-3
66-1
67-4
68-2
69-4
70-3
71-4
72-1
73-3
74-1
75-1
76-2
77-3
78-1
79-2
80-3
81-2
82-4
83-1
84-1
85-1

86-4
87-1
88-2
89-3
90-4
91-2
92-1
93-2
94-1
95-2
96-1
97-1
98-2
99-1
100-3
101-1
102-3
103-1
104-4
105-1
106-5
107-5
108-2
109-4
110-4
111-2
112-3
113-2
114-1
115-1
116-2
117-1
118-1
119-3
120-4
121-2
122-1
123-5
124-2
125-3
126-4
127-3
128-2
129-4
130-2
131-1
132-2
133-4
134-3

135-4
136-5
137-3
138-1
139-2
140-1
141-2
142-2
143-2
144-3
145-4
146-1
147-3
148-1
149-1
150-1
151-3
152-2
153-1
154-1
155-5
156-1

Вопросы для устного собеседования

1. Хромосомные заболевания. Классификация. Клинические проявления. Экспресс-методы диагностики. Медико-генетическое консультирование.
1. Врожденные и наследственные заболевания почек у детей (аномалии развития почек и мочевыводящих путей). Врожденный нефротический синдром. Наследственный нефрит. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 2. Врожденные пороки сердца с цианозом (болезнь Фалло, комплекс Эйзенменгера, транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагноз. Возможности хирургической коррекции.
 3. Гепатоспленомегалия. Круг дифференциальной диагностики. Выбор направления для консультирования, функциональных и лабораторных исследований.
 4. Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 5. Дакриоциститы у новорожденных детей. Этиология. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
 6. Муковисцидоз. Классификация. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение.
 7. Врожденная кишечная непроходимость у новорожденных детей. Клиника, диагноз, врачебная тактика.
 8. Пищевая аллергия. Этиология. Классификация. Классификация. Диагноз. Лечение. Профилактика.
 9. Фебрильные судороги. Определение. Этиология. Клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 10. Врожденные пороки сердца без цианоза (незаращение межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, коарктация аорты). Проявления в раннем детском возрасте. Диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
 11. Анемии новорожденных детей. Причины развития, клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
 12. Острые расстройства пищеварения у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз с острыми кишечными

- инфекциями. Лечение.
13. Пневмонии у детей раннего возраста. Этиология. Классификация. Характеристика осложнений. Диагноз. Особенности лечения больных с осложненными формами пневмоний.
 14. Судорожный синдром у детей раннего возраста. Причины, диагноз, неотложная помощь.
 15. Болезни кожи новорожденных детей: токсическая эритема, адипонекроз, склерема, склередема. Клиника, диагноз, лечение.
 16. Первичная иммунологическая недостаточность. Определение. Распространение. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение.
 17. Понятие о конституции и аномалиях конституции. Лимфатико-гипопластический диатез. Патогенез. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.
 18. Наследственные нарушения обмена углеводов (галактоземия, гликогенозы). Клиника. Диагноз. Принципы лечения.
 19. Ферментопатии, протекающие с ранним поражением ЦНС (фенилкетонурия, галактоземия и др.). Клиника. Диагноз. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
 20. Смешанное и искусственное вскармливание новорожденных детей, показания к назначению, отрицательные стороны, расчет питания. Смеси для смешанного и искусственного вскармливания. Сбор и обработка грудного (донорского) молока в родильном доме.
 21. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста. Показатели психомоторного развития. Стандартизированные скрининг-тесты для детей различных возрастных групп.
 22. Возрастные особенности адаптации детей к поступлению в детские дошкольные учреждения и школу. Клинические проявления и формы нарушения адаптации. Роль врача в организации подготовки к поступлению в детские дошкольные учреждения и школу и профилактика нарушений адаптации.
 23. "Внутренняя картина болезни" и типы реакции личности на соматическую болезнь. Роль преморбидных, ятрогенных и семейных факторов (воспитание в "культе болезни"). Воспитание правильного отношения к болезни ребенка и родителей в работе педиатра.
 24. Значение гипосидероза в патогенезе заболеваний. Продукты-поставщики железа, его усвояемость из продуктов животного и растительного происхождения.
 25. Микроэлементы, их роль в питании (йод, фтор, железо, медь, марганец, кобальт и др.). Эндемические заболевания, связанные с нарушением обмена микроэлементов.
 26. Двигательное воспитание детей в дошкольно-школьных учреждениях. Принципы гигиенического нормирования двигательной активности, количественная оценка ее. Понятие о гипокинезии.
 27. Роль эндокринных заболеваний в патологии детского возраста. Обследование детей из группы риска по сахарному диабету. Организация лечебной помощи детям с эндокринной патологией.
 28. Жесткое обращение с детьми и их запущенность. Виды жесткого поведения в отношении детей: истязание, инцест, умышленное отравление, запущенность детей в медицинском отношении, эмоциональная запущенность. Клинические проявления, методы диагностики, врачебная тактика.
 29. Часто болеющий ребенок. Определение понятия. Организация наблюдения, оздоровления и диспансеризации часто болеющих детей дошкольного возраста.
 30. Целиакия. Причины, патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение. Прогноз.
 31. Запоры у детей. Этиология, патогенез. Диагноз, дифференциальный диагноз. Принципы терапии.
 32. Приобретенные пороки митрального клапана. Причинные факторы. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение.
 33. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
 34. Миокардиты у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 35. Хронический неспецифический энтерит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 36. Кардиомиопатии. Определение. Классификация. Клинические проявления. Диагноз. Методы лечения, прогноз.
 37. Острый и хронический холецистит у детей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение.

38. Несахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Прогноз.
39. Нарушения сердечного ритма (аритмии). Синусовая тахи- и брадикардия. Экстрасистолия. Пароксизмальная тахикардия. Мерцательная аритмия. Этиология, клиническая картина. Диагноз. Принципы терапии, неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии.
40. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Классификация, клиническая картина. Диагноз. Этапное лечение ревматизма и его профилактика. Санаторно-курортное лечение.
41. Острый бронхит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.
42. Плевриты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.
43. Длительные субфебрилитеты у детей. Дифференциальный диагноз. Тактика врача.
44. Приобретенные пороки аортального клапана. Причинные факторы. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Режим жизни и физическое воспитание детей с приобретенными пороками сердца.
45. Боли в животе у детей. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Тактика врача.
46. Хронический неспецифический колит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
47. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.
48. Тромбоцитопатии. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
49. Затяжные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Течение. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, диспансерное наблюдение.
50. Цирроз печени. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
51. Лимфогранулематоз. Классификация. Особенности клиники в зависимости от стадии заболевания. Диагноз. Дифференциальный диагноз с другими лимфаденопатиями. Современные методы лечения. Прогноз.
52. Талассемия и гемоглобинопатии. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
53. Перикардиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз. Лечение.
54. Ювенильный ревматоидный артрит. Клинические формы. Критерии диагноза. Лечение. Принципы противовоспалительной базисной терапии. Прогноз. Особенности диспансерного наблюдения.
55. Острые и хронические гастриты. Этиология, клиническая картина. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Санаторно-курортная помощь. Диспансерное наблюдение.
56. Анемии у детей. Классификация. Клинические проявления. Диагноз. Принципы лечения.
57. Миокардиты неревматической этиологии. Клиника. Диагноз. Течение. Лечение. Прогноз.
58. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз с кишечными инфекциями. Лечение. Диспансерное наблюдение.
59. Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
60. Вторичные пиелонефриты. Причины. Роль нарушений пассажа мочи. Клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
61. Хронические неспецифические заболевания легких. Группировка. Диагноз. Дифференциальный диагноз с туберкулезом легких. Принципы терапии.
62. Пневмонии детей старшего возраста. Очаговые пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологическая и лабораторная симптоматика. Особенности течения. Лечение.
63. Урофлуометрия, как метод оценки состояния МВП при поражении почек у детей.
64. Термометрия, показания, особенности проведения.
65. Сцинтиграфия, как метод диагностики и дифференциальной диагностики.
66. Тредмил в диагностики кардиомиопатий у подростков.
67. Допплерография и Дуплексное сканирование сосудов шеи и головы у детей.
68. Показания к проведению рентгенографии в нестандартных проекциях.
69. Противопоказания к проведению КТ-ангиографии у детей с СКВ.
70. МРТ в постановке диагноза артрит у детей младшего возраста.

71. Особенности проведения лучевых методов диагностики у детей до 5 лет.
72. Различия в визуализации между МРТ, КТ и УЗИ.
73. Особенности проведения КТ у детей младшего возраста.
74. Особенности проведения КТ в условиях контрастного усиления в практике врача-ревматолога.
75. Особенности проведения КТ в условиях контрастного усиления в практике врача-пульмонолога.
76. Особенности проведения КТ в условиях контрастного усиления в практике врача-нефролога.
77. Особенности проведения КТ в условиях контрастного усиления в практике врача-невролога.
78. Выявление патологии почек методами визуализации.
79. Аппаратные методы визуализации в кардиологии.
80. Иммунологические показатели при системной красной волчанке.
81. Иммунологические показатели в дифференциальной диагностике системной склеродермии.
82. Инструментальные методы в верификации диагноза синдром Чарга-Штресса.
83. Цистография как метод диагностики заболеваний МВП у детей.
84. Противопоказания к выполнению рентгенодиагностики у детей грудного возраста с заболеваниями ревматологического профиля.
85. Аппаратные методы оценки состояния кожных покровов у детей разных возрастных групп.
86. Обоснованность и показания к выполнению остеосцинтиграфии у детей с хроническим мультифокальным остеомиелитом.
87. КТ-диагностика состояния сосудов сердца при ВПРС по типу добавочных сосудов.
88. Показания к проведению пункции суставов при различных вариантах артритов у детей.
89. Аппаратные методы обследования состояния лимфатической системы при подозрении на лимфаденопатию инфекционной природы.
90. КТ-диагностика состояния сосудов сердца при ВПРС по типу транслокации.
91. Игровые формы диагностики СНТ/СНГ.
92. Дополнительные методы лабораторной диагностики тубулопатий у детей.
93. Микробиологические аспекты серотипирования в диагностике бактериальной пневмонии.
94. КТ-диагностика состояния сосудов сердца при ВПРС по типу транспозиции.
95. Микробиологические аспекты серотипирования в диагностике грибковой пневмонии.
96. Показания к проведению тонкоигльной аспирационной биопсии почек у детей с диагнозом системная склеродермия.
97. Дополнительные методы дообследования при постановке диагноза внебольничная пневмония у детей раннего возраста.
98. Использование ИГХ анализа в диагностике кожных заболеваний.
99. Использование современных компьютерных технологий при оценке нарушения питания у детей разного возраста.
100. Ортопедические приемы в диагностике хронических болей и ятрогенных нарушений костно-мышечного аппарата.
101. Масс-спектрометрия в определении возбудителя гнойной инфекции у детей.
102. Показания и интерпретация результатов ПЦР-диагностики при подозрении на герпетическую инфекцию.
103. Провокационные медикаментозные пробы при диагностике atopических состояний.
104. Косвенные признаки артрита у детей по результатам рентгенодиагностики.
105. Темпинг-тесты как методы диагностики состояния головного мозга в раннем восстановительном этапе ишемического ОНМК.
106. Показания к проведению МРХПГ при ДЖВП.
107. УЗИ-диагностика ОНМК у детей.
108. Возможности термометрии при диагностике хронического мультифокального

- остеомиелита.
109. Способы контрастирования при УЗ-диагностики ВПРС по типу открытого овального окна.
 110. Состоятельность кожных проб в раннем периоде реконвалесценции после глистной инвазии (1-14 дней).
 111. Лабораторные показатели при подозрении на ятрогенный гепатоз у детей.
 112. Игровые формы оценки суставного статуса у детей.
 113. Бронхография в диагностике выраженности БА.
 114. Вектор-осцилография в диагностике заболеваний ССС.
 115. Дополнительные методы диагностики МКБ при несостоятельности урографии и УЗИ.
 116. Показания к проведению ПЭТ-КТ при диагностике ходжкинской лимфомы.
 117. Инструментальные методы диагностики, как вспомогательные для подтверждения диагноза синдром Вискотта-Олдрича.
 118. Показатели аудиограммы при туботитах у детей.
 119. Дополнительные методы диагностики при подозрении на СКВ у детей.
 120. Использование красителей в диагностике кожных заболеваний.
 121. Ограничение использования МРТ и КТ в диагностике в неонатологии.

Алгоритмы практических навыков

1. Методы обследования больных (сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация).
2. Правила и техника переливания крови.
3. Временная остановка наружных кровотечений (правила наложения жгута и другие способы остановки).
4. Вскармливание детей раннего возраста. Раннее прикладывание, техника и режим кормления.
5. Подбор возрастных и лечебных диет при различных заболеваниях.
6. Обработка пупочной ранки и кожи новорожденных.
7. Оценка функционального и неврологического статуса доношенного и недоношенного новорожденного.
8. Оказание первичной реанимации новорожденному, составление программы инфузионной терапии и парентерального питания.
9. Проведение операции заменного переливания крови.
10. Оценка биохимических показателей сыворотки крови новорожденного, в том числе недоношенных различной степени зрелости.
11. Общая оценка рентгенограмм, нейросонограмм, УЗИ внутренних органов новорожденных.
12. Экстренная помощь при астматическом статусе.
13. Правила проведения и оценки пикфлоуметрии. Использование небулайзера.
14. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации.
15. Физические методы охлаждения при гипертермии.
16. Проведение внутримышечных и подкожных инъекций.
17. Проведение зондирования и промывания желудка.
18. Применение газоотводных трубок и очистительных клизм
19. Измерение и оценка параметров артериального давления.
20. Снятие и общая расшифровка ЭКГ.
21. Проведение и оценка результатов функциональных проб с физической нагрузкой, клиноргостатической пробы.
22. Чтение обзорных рентгенограмм органов грудной полости.
23. Подготовка пациента, показания и противопоказания к проведению бронхографии.
24. Подготовка пациента, показания и противопоказания к бронхоскопии.
25. Подготовка пациента и оценка данных рентгенологического обследования системы

- пищеварения.
26. Подготовка пациента и оценка результатов при проведении УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы.
 27. Подготовка пациента к проведению эндоскопического исследования (ФГДС, ФКС). Оценка результатов.
 28. Подготовка пациента и оценка данных цистографии, цистоскопии, ретроградной урографии.
 29. Подготовка пациента и оценка данных при проведении УЗИ почек и мочевого пузыря.
 30. Оценка общего анализа мочи.
 31. Оценка общего анализа крови.
 32. Оценка биохимического анализа крови.
 33. Оценка свертывающей системы крови.
 34. Показания к костномозговой пункции и трепанбиопсии. Оценка миелограммы.
 35. Забор материала от пациента для бактериологического исследования.
 36. Методика иммунофлюоресцентного анализа.
 37. Календарь профилактических прививок.
 38. Характеристика вакцин БЦЖ, АКДС, АДС-М, коревой, паротитной, против краснулы, гепатита В и др. Показания и противопоказания для вакцинации.

Задачи

ЗАДАЧА № 1

Ребенок К., 11 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных аускультативно на диспансерном осмотре в школе «перебоев в работе сердца», уменьшающихся при физической нагрузке. Ребенок «перебои» в сердце не ощущает. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляет. Мать девочки обращает внимание, что в течение последнего года ребенок спит более 10 часов в выходные дни, а также на снижение концентрации внимания.

Анамнез заболевания: давность существования вышеуказанных «перебоев в работе сердца» не известна. По ЭКГ в возрасте 7 лет при прохождении диспансеризации перед школой патологии не выявлено. После 7 лет до настоящего обращения результатов ЭКГ в динамике нет.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе ПМК 1 степени, гемодинамически незначимый, проф. вредности, вредные привычки отрицает. Отцу – 25 лет, проф. вредность (водитель, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 6 лет). Отец не обследован. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.600, длина – 53 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 6 лет – псевдотуберкулез, лечилась амбулаторно. До 7 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, отиты. С 5 лет занимается гимнастикой, с 8 – бальными танцами, в школе изучает 2 иностранных языка со 2 класса.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения, экстрасистолия до 5 в минуту. При переходе в ортоположение – пульс – 90 в минуту, сохранение экстрасистолии. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-

ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. После физической нагрузки(30 приседаний) – уменьшение экстрасистолии. 1 минуту. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с неполной компенсаторной паузой. При переходе в ортоположение и после физической нагрузки (30 приседаний) - уменьшение экстрасистолии.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Проба с физической нагрузкой: выполнена с адекватной ЧСС (прирост ЧСС – 70 %) по нормотоническому типу реагирования. Коронарный кровоток не нарушен. Восстановительный период по ЧСС и АД в норме. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма не спровоцировано. Синкопе, ухудшения самочувствия не зафиксировано. Исходно – суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмированности. На высоте нагрузки – исчезновение экстрасистолии, на 6 минуте восстановительного периода – редкая экстрасистолия. Толерантность к физической нагрузке удовлетворительная.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС – 80 в минуту, максимальная ЧСС – 153 в минуту, минимальная ЧСС – 64 в минуту в дневные часы и 60, 90 и 54 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,2 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 3 тысячами суправентрикулярных экстрасистол.

Рентген шейного и грудного отделов позвоночника: сколиоз 1 степени грудного отдела позвоночника.

ЭЭГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Заболевание перикарда
2. Недостаточность кровообращения
3. Эндокринная патология
4. Заболевание системы крови

5. Нарушение сердечного ритма

Ответ: 5.

Задача №2

Ребенок П., 14 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных изменений на ЭКГ при прохождении диспансерного осмотра в спортивном диспансере (ребенок занимается фигурным катанием школе Олимпийского резерва, тренировки 5 раз в неделю. При прохождении диспансерных осмотров ранее по ЭКГ патологии не выявлено. ЭХО-КГ, суточного ЭКГ – мониторинга ранее не проводилось). Наряду с этим – 2 месяца назад, спустя 20 минут после окончания очередной тренировки – внезапное развитие приступа учащенного сердцебиения, сопровождающегося резкой бледностью кожных покровов, чувством страха, «холодным» потом, длительностью до 2 минут. Улучшение самочувствия достигнуто задержкой дыхания. Ранее подобные эпизоды учащенного сердцебиения у ребенка мать ребенка и сама пациентка отрицают. За медицинской помощью на тот момент не обращались. Записи ЭКГ на фоне внезапного учащенного сердцебиения нет. Каких-либо иных жалоб пациентка не предъявляет

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота, железодефицитная анемия, грипп на сроке 3 месяца, лечилась амбулаторно симптоматическими средствами). Матери на момент беременности 25 года, в анамнезе миопия 1 степени, хронический компенсированный тонзиллит, проф. вредность (медсестра анестезистка), вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 29 лет, военный, работал в зонах с повышенной радиацией до рождения ребенка в течение 3 лет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. Дед девочки по линии матери умер в возрасте 45 лет (внезапная смерть). Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 55 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 4 года – ОРЗ, острый катаральный отит, лечилась амбулаторно, в 6 лет – ветряная оспа, лечилась амбулаторно. Во время занятий – многократные падения, удары затылком об лед. За медицинской помощью не обращались.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 76-80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, PQ – 110 мс, QRS 120 мс, QT – 360 мс. Дельта-волна. Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС –72 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в минуту, минимальная ЧСС – 60 в минуту в дневные часы и 62, 90 и 45 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,4 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 642 суправентрикулярных экстрасистол.

Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца: исходно – признаки предвозбуждения желудочков (укорочение интервала PQ (90 мс), дельта-волна, расширенный QRS (120 мс). Электрофизиологические показатели функции синусового узла и АВ соединения в пределах нормы. В ходе исследования – развитие пароксизмальной АВ реципрокной тахикардии с участием ДПП, с развитием пресинкопе со снижением АД до 80/50 мм/рт/ст., рефлексорные пробы – без эффекта. Пароксизм курирован сверхчастой стимуляцией. Ритм после электростимуляции – синусовый.

ЭЭГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Заболевания ЖКТ
2. Эндокринная патология
3. Заболевания системы крови
4. Нарушение сердечного ритма
5. Патология МВС
6. Патология органов дыхания

Ответ: 4.

Задача №3

Ребенок Н., 15 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с лихорадкой до фебрильных цифр, одышкой, выраженными симптомами интоксикации, миалгиями, сухим кашлем.

Анамнез заболевания: после фарингита, манифестирующего 3 недели назад, отмечались повышение температуры до 39,5, нарастающая слабость, выраженные головные боли без четкой локализации в отсутствие тошноты и рвоты, присоединение миалгий, одышки, сухого кашля. За период динамического наблюдения в течение 5 дней до госпитализации в стационар отмечалось сохранение лихорадки.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (17 лет). Матери на момент беременности 27 лет, в анамнезе частые

бронхиты, ангины, проф. вредность (химик, лако-красочное производство), вредные привычки отрицает. Отцу – 30 лет, проф. вредность (подводник, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 11 лет). У отца патологии сердечно-сосудистой системы не выявлено. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 52 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. С 3 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, бронхиты, в 6 лет – грипп, средней степени тяжести, в 8 лет острый катаральный отит (лечилась амбулаторно). С 6 лет занимается плаванием.

Объективно: состояние средней тяжести, в сознании, аппетит снижен, но охотно вступает в контакт. Кожные покровы бледные, без высыпаний, периферический цианоз. Умеренная пастозность лица. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 100 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Увеличение площади сердечной тупости в положении лежа и ее уменьшение в положении «сидя», появление тупого кардиодиафрагмального угла справа. Расширение границ вправо и влево. Тоны сердца приглушены, 100 в минуту, дефицита пульса не отмечено, систоло-диастолический шум, не связанный с тонами сердца, с р. макс. во 2-4 межреберьях слева в положении сидя. ЧД – 24 в минуту, ритмичное, отмечается западение межреберных промежутков около грудины, выпячивание грудной клетки. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Обращает внимание отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень увеличена (+3 см из под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Нижние конечности пастозны. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациентки).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Нв 130 г/л, эр. $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $14,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 45%, л – 42%, м – 8%, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, АЛТ – 52 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 18 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии (РФ, АСЛ-О, АСК, сиаловые кислоты) – без патологии.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

ПЦР крови к вирусам: результат отрицательный

Исследование иммунного статуса: уровень ЦИК в норме. Обращает внимание повышение уровня иммуноглобулина А.

Тест на холодовые агглютинины: результат отрицательный

Антинуклеарный фактор: отрицательный

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ: синусовая тахикардия с частотой -88 -102 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернацией, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков.

ЭХО-КГ: умеренное увеличение конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка. Размеры полостей правого и левого предсердий – на верхней границе нормы с учетом центильных показателей. Умеренное снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 54%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии на верхней границе нормы (30 мм/рт/ст). Обращает внимание наличие утолщения перикарда и жидкости в перикардиальной полости.

Рентген грудной клетки: Корни легких структурны. Аорта не расширена. Изменение «силуэта» сердечной тени (шаровидная форма). Образование острого угла с диафрагмой. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –96 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в минуту, минимальная ЧСС – 68 в минуту в дневные часы и 64, 112 и 56 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Обращает внимание снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернацией, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена, контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутривенечные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Эндокринная патология
2. Заболевания системы крови
3. Нарушение сердечного ритма
4. Заболевания перикарда
5. Патология МВС
6. Патология ЖКТ
7. Заболевания ЦНС

Ответ: 4.

Задача №4

Ребенок Э, 14 лет поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, частые эпизоды сердцебиений вне связи с физическими и психо-эмоциональными нагрузками, постоянную слабость, выраженную потливость, пастозность нижних конечностей (преимущественно в вечерние часы).

Анамнеза заболевания: через 2 недели после ОРВИ, острого бронхита появилась одышка, которая в динамике отмечалась даже при малейшей физической нагрузке, слабость приобрела постоянный характер. С того же времени стали возникать приступы удушья (преимущественно в ночные часы при

нахождении в горизонтальном положении с уменьшением симптоматики при переходе в положение «сидя»). Приступ удушья сопровождался покашливанием, чувством саднения в горле, болями за грудиной. В динамике отмечалось появление отеков нижних конечностей с преобладанием последних в вечерние часы.

Анамнез жизни: без особенностей (ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (14 лет, здоров, занимается профессиональным спортом, при амбулаторных обследованиях данных за патологию сердечно-сосудистой системы не получено). У матери в анамнезе – хронический компенсированный тонзиллит. Отец патологию сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.2 00, длина – 54 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. С 3,5 лет – редкие ОРЗ, ОРВИ (лечился амбулаторно). На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентирован. На вопросы отвечает адекватно. Сон не нарушен. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание наличие «мраморности» кожи, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 100-110 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1.5 см. кнаружи от *lineamedio clavicularis sinistra*, усиленный, разлитой, площадью 3.0 см. Границы относительной сердечной тупости: правая - в 4-ом межреберье на 3 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне 2-го ребра, левая - в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от *lineamedio clavicularis*. При аускультации – отмечается ослабление 1 тона на верхушке, систолический шум без экстракардиального проведения; акцент II тона на легочной артерии. ЧД 24 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 3 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациента).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Эр. $4,02 \cdot 10^{12}/л$, Нб 136 г/л, L –5.2 X10⁹./, Б. – 1%, Э.-4%, П.- 1%, С. – 54%, Л.–32%, М.– 8%. СОЭ 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, АЛТ – 42 Ед/л, АСТ – 78 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 15 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 100 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 49.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 20.0 МЕ (N: 0-20), тропониновый тест – отрицательный.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Иммунология:

Исследование иммунного статуса: Ig A - 1.37 г/л (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 5.26 г/л (N: 7.23 - 16.85), Ig M (0,93 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 100-115 в минуту. Отклонение влево ЭОС. Неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки ЭХО-КГ: левое предсердие 4,5 см (норма до 3,8 см) КДРЛЖ – 5,7 см (норма до 5,0 см), правое предсердие 4,0x5,0 (норма – менее 4,5x4,9 см), правый желудочек – 3,1 см (М –режим при норме до 3,0 см). Диффузная гипокинезия свободных стенок левого и правого желудочка. Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 53%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 34 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов, сердечные дуги сглажены, резко сглажен 'conus pulmonalis'. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –105 в минуту, максимальная ЧСС – 140 в минуту, минимальная ЧСС – 95 в минуту в дневные часы и 97, 103 и 93 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,6 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами. Транзиторная неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+3,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных сформулируйте у пациента имеет место:

1. Патология системы крови
2. Врожденная патология ЦНС
3. Опухоль сердца
4. Поражение сердечно-сосудистой системы инфекционно-воспалительного генеза.
5. Токсическое поражение печени.
6. Патология МВС

Ответ: 4

Задача №5

Ребенок Р, 1 год, 4 месяца, поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2-х

месяцев, выраженную потливость преимущественно в ночные часы. Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, появились отеки на ногах.

Анамнеза заболевания: в возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ (энтеровирусную инфекцию?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель) с субфебрильной лихорадкой 37,2 - 37, 5⁰С. В это же время отмечался жидкий стул, рвота. С этого времени мальчик стал вялым, быстро уставал при ходьбе, постоянно просился «на руки». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного острого вирусного заболевания. Лабораторных исследований на амбулаторном этапе не проводилось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе хронический компенсированный тонзиллит, до 12 лет – в анамнезе – частые ангины, проф. вредность, вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 26 лет, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. У бабушки ребенка по линии матери – приобретенный порок сердца. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.100, длина – 52 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, замедления темпов весо-ростовых показателей до манифестации заболевания не отмечалось. В 8 месяцев – ОРВИ, острый ринофарингит (легкое течение, лихорадил до субфебрильных цифр, лечение симптоматическое амбулаторно). Всегда был подвижен, активен. На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. В сознании Ориентирован. Эмоциональный фон, аппетит значительно снижены. Сон беспокойный. Лихорадит до субфебрильных цифр. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание наличие цианоза носогубного треугольника, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 130-160 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум с р. макс. на верхушке и в точке Боткина- Эрба, экстракардиально не проводится. ЧД 40-44 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. В нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 7 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка – (+2 см). Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Дизурические явления мать у ребенка отрицает. Стула 1 раз, оформленный, без патологических примесей (со слов матери).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Нb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 54 г/л, АЛТ – 54 Ед/л, АСТ – 92 Ед/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 92 ммоль/л, ЛДГ – 580 ммоль/л, билирубин – 19мкмоль/л, КФК 190 ммоль/л, КФК МВ 44 Ед/л, К – 2,5 ммоль/л, ионизированный Са – 1,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 8 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 114 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 110.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 18.0 МЕ (N: 0-20). **Коагулограмма с определением уровня Д-димеров:** без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Исследование иммунного статуса: Ig A - 4.1 g/l (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 4.88 g/l (N: 7.23 - 16.85), Ig M (1,73 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат.

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 120-168 в минуту. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Желудочковая экстрасистолия с различной степенью аллоритмии.

ЭХО-КГ: левое предсердие 3,6 см (норма до 3,2 см) КДРЛЖ – 4,3 см (норма до 4,0 см). Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 50%, ФУ – 30%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 32 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны.

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Увеличение КТИ (60).

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –135 в минуту, максимальная ЧСС – 180 в минуту, минимальная ЧСС – 99 в минуту в дневные часы и 115, 130 и 98 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 3 тысячами, 288 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+7,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка увеличена (+2,3 см), селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования какой диагноз Вы поставите пациенту?

1. Бронхиальная астма, атопическая, поливалентный спектр сенсибилизации, приступный период, тяжелое течение. ДН2-3.
2. Острый неревматический кардит вирусной этиологии с преимущественным поражением миокарда, тяжелое течение, осложненный ЛЖН 2 Б ст., ПЖН 2Б ст, нарушением ритма и проводимости (желудочковой экстрасистолией с различной степенью аллоритмии).
3. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, манифестирующий тип. Пароксизмальная АВ реципрокная тахикардия с участием ДПП.
 1. Анемия Фанкони.
 2. Постинфекционный энтерит, средне-тяжелое течение.

Ответ: 2.

Задача №6

Ребенок М, 12 лет, поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на частые боли в области сердца колющего характера, длительностью до нескольких минут, возникающие как вне четкой связи

с физическими и психо-эмоциональными перегрузками, так и на фоне приступов учащенного сердцебиения, беспокоящие в среднем до нескольких раз в день, в отсутствии иррадиации, приступы учащенного сердцебиения, чаще после ходьбы, сопровождающиеся чувством страха, бледностью кожных покровов, «холодным, липким» потом, периодически – купирующиеся как самостоятельно внезапно, так и рефлекторными пробами.

Анамнеза заболевания: В родильном доме выслушан систолический шум сердца. Диагноз ВПС исключен (по выписным документам из амбулаторной карты). Приступы учащенного сердцебиения манифестировали в 11 лет. Купировались до приезда скорой помощи либо самостоятельно, либо рефлекторными пробами. В течение последних 6 месяцев стал отмечать боли в области сердца, одышку. Семейный анамнез отягощен (отец и дед мальчика по линии отца наблюдаются с кардиомиопатией, впервые диагностированной во взрослом возрасте). Наличие когда-либо синкопальных состояний пациент и родители ребенка отрицают.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Матери на момент беременности 25 лет, ВСД, пролапс митрального клапана гемодинамически незначимый. Профвредность, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен (отец и дед мальчика по линии отца наблюдаются с кардиомиопатией, впервые диагностированной во взрослом возрасте). Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 4.000, длина – 55 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. Ходит с 8,5 месяцев, замедления темпов весо-ростовых показателей не отмечалось. В анамнезе – ОРЗ, ОРВИ, бронхиты, грипп. До манифестации данного заболевания на учете у специалистов не состоял. Успевает на «хорошо» и «отлично».

Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести. В сознании Ориентирован. Эмоциональный фон положительный. Охотно вступает в контакт. Аппетит не нарушен. Сон беспокойный. Не лихорадит. Синкопальных состояний не зафиксировано. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Цианоза не зафиксировано. Видимые слизистые обычной окраски, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 55- 60 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Область сердца деформирована, выбухает грудина. При пальпации во II межреберье справа и в III межреберье слева определяется короткое дрожание. Интенсивный систолический шум с проведением на сосуды вверх, во II межреберье справа и на верхушку, АД 90/40 мм. рт. ст. ЧД – 26 в минуту. Дыхание ритмичное, жесткое, проводится во все отделы легких. В нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 1 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула 1 раз, оформленный, без патологических примесей (со слов пациента).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

общий белок 72 г/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 42 Ед/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, мочевины – 5,9 ммоль/л, креатинин – 72 ммоль/л, ЛДГ – 490 ммоль/л, билирубин – 17 мкмоль/л, КФК 240 ммоль/л, КФК МВ 21 Ед/л, К – 3,8 ммоль/л, ионизированный Са – 1,12 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, СРБ – 4 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии (РФ, АСЛ-О, АСК, сиаловые кислоты) – без патологии.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Исследование иммунного статуса: уровень иммуноглобулинов и ЦИК в норме. **Антинуклеарный фактор:** отрицательный

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь +, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС - 50-60 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. Синдром ранней реполяризации желудочков. Гипертрофия левого предсердия и левого желудочка. Суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмии.

ЭХО-КГ с доплерографией: Стенки межжелудочковой перегородки утолщены, ЛП – 3,5 см, КДРЛЖ 3,8 см. Сократительная способность миокарда сохранена. Давление в легочной артерии – 33 мм/рт/ст. Перикард не утолщен. Обращает внимание наличие турбулентности кровотока в подклапанном субаортальном пространстве.

Рентген грудной клетки: дуга левого желудочка удлинена и опущена в диафрагму.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –68 в минуту, максимальная ЧСС – 142 в минуту, минимальная ЧСС – 44 в минуту в дневные часы и 54, 110 и 40 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,97 в минуту. АВ блокад, не зарегистрировано. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 998 суправентрикулярными экстрасистолами 2799 желудочковыми экстрасистолами. Обращало внимание наличие 3 коротких пароксизмов желудочковой тахикардии.

ЭЭГ- соответствует возрасту. Эпилептической активности не выявлено.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+1,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования какой диагноз Вы поставите пациенту?

1. Синдром Романо-Уорда.
2. Острый первичный инфекционный эндокардит вирусной этиологии (иммуно-воспалительная фаза, средне-тяжелое течение, осложненный ЛЖН 2 Б ст., ПЖН 2Б ст, нарушением ритма и проводимости.
3. Пароксизмальная АВ тахикардия.
4. Гипертрофическая асимметричная обструктивная кардиомиопатия
5. Дилатационная застойная кардиомиопатия.
6. Рестриктивная кардиомиопатия.

Ответ:4.

Задача №7

Девочка 11 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту, изменение цвета мочи, отеки глаз, мелькание перед глазами.

Из анамнеза жизни: девочка родилась от нормально протекавших первой беременности и срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 50 см. Период новорожденности и грудного возраста протекал нормально. Вакцинация БЦЖ в роддоме. С рождения находилась на грудном вскармливании. Вакцинации проведены в соответствии с календарем прививок, без осложнений. Аллергологический анамнез не отягощен.

В возрасте 11 лет девочка перенесла ангину, антибактериальной терапии не проводилось. Через 2 недели появились головные боли, слабость, тошноту, рвоту, изменение цвета мочи, отеки глаз.

При поступлении в нефрологический стационар состояние расценено как тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Костно-мышечная система без патологии. ЧСС -70 уд/мин. Тоны сердца ритмичные. Артериальное давление 140/100 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень +1см от края реберной дуги. Выделено мочи 300 мл/сут бурого цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Эр - $12,1 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты - $6,6 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 56%, эозинофилы - 9%, лимфоциты - 31%, моноциты - 2%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 60 мл, цвет - «мясных помоев», реакция - рН 7,0 и относительная плотность - 1015, белок - 0,3г/л, лейкоциты - 15 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, «эритроцитарные цилиндры» - 10 в п/з.

Мочевина -5,6 ммол/л; креатинин -120 мкмол/л; Скорость клубочковой фильтрации 40 мл/мин (по формуле Шварца).

Задание

1. Выделите ведущий клинический симптомокомплекс, характерный для данного варианта гломерулонефрита.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз: основной, сопутствующий и осложнения.
3. Какая этиология гломерулонефрита у пациентки?
4. Каков патогенез гломерулонефрита?
5. Каков патогенез отеков при данном варианте гломерулонефрита?
6. Каков патогенез артериальной гипертензии при данном варианте гломерулонефрита?
7. Объясните механизм гематурии при данном варианте гломерулонефрита.
8. Классифицируйте степень острого повреждения почек у больной с гломерулонефритом.
9. Назовите три возможных осложнения при данном варианте гломерулонефрита.
10. План обследования.
11. План лечения при данном варианте гломерулонефрита: диета, жидкостный режим, медикаментозное лечение.
12. Какое лечение будет проведено при почечной эклампсии – ангиоспастической энцефалопатии?
13. Какое лечение будет проведено при остром почечном повреждении при данном варианте гломерулонефрита?
14. Прогноз и исход острого почечного повреждения при данном варианте гломерулонефрита?
15. Каков исход при данном варианте гломерулонефрита?

Задача №8

Ребенок 3 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженные отеки лица, туловища, конечностей.

Ребенок от нормально протекавших первой беременности и срочных родов. Масса тела при рождении 3550 г, длина 52 см. Период новорожденности и грудного возраста протекал нормально. Находился на грудном вскармливании. Вакцинация проведена в соответствии с календарным планом. С 11 мес у ребенка отмечены проявления пищевой аллергии, атопического дерматита. Перенес вирусные респираторные заболевания в 1 год 6 мес, 2 года 7 мес. Наследственность отягощена: у матери бронхиальная астма (атопическая).

Заболел остро. в 2-летнем возрасте появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище.

При поступлении: состояние тяжелое. Выражены отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости. Кожа бледная, проявления атопического дерматита. Зев чистый. Дыхание проводится во все отделы, хрипов не выслушивается. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. ЧСС -120 /мин, АД - 85/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, симптомы асцита. Печень +3 см. Диурез –снижен.

Общий анализ крови: Нв -121 г/л, Эр - 4,2x10¹²/л, Лейк - 8,0x10⁹/л, п/я - 5%, с - 38%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 53%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 5,3г/л, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з. Суточная протеинурия- 6,0 г/сут.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины - 15 г/л, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 4,3 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л. Холестерин -7,2 ммоль/л. Фибриноген -7 г/л.

Задание

1. Выделите ведущий клинический симптомокомплекс, характерный для данного заболевания.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз: основной, сопутствующий.
3. Какая этиология данного варианта нефротического синдрома?
4. Каков патогенез отеков при нефротическом синдроме?
5. Каков патогенез протеинурии при нефротическом синдроме?
6. У данного пациента с нефротическим синдромом выраженными периферическими и полостными отеками, нормальным артериальным давлением какой тип ОЦК(гиповолемический или гиперволемический) ?
7. Назовите возможные осложнения нефротического синдрома.
8. Оцените состояние функции почек у ребенка 3 лет с нефротическим синдромом.
9. Назовите причины ускорения СОЭ у ребенка с нефротическим синдромом.
10. По каким критериям устанавливают степень тяжести нефротического синдрома?
11. План обследования.
12. План лечения. Показано ограничение в жидкости и соли ребенку с данным вариантом нефротического синдрома?
13. Что входит в стандарт терапии дебюта нефротического синдрома?
14. Какую терапию следует назначить пациенту 3 лет при выраженных периферических и полостных отеках, гипоальбуминемии 15г/л?
15. Каков прогноз и исход при данном варианте нефротического синдрома?

Задача №9

Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в животе, пояснице, рвоту, повышение температуры тела в течение 4 дней.

Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. Аллергологический анамнез не отягощен.

Больна 4 дня. После переохлаждения появились частые мочеиспускания, боли в животе, повышение температуры тела.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Симптомы интоксикации. Температура тела- 38,5 оС. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС - 122 /мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Мочеиспускания учащены, болезненны. Живот мягкий, при пальпации почек болезненность. Симптом поколачивания по пояснице болезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - 4,2x10¹²/л, Ц.п. - 0,8; Лейк -16,5x 9 /л, п/я - 8%, с - 69%, э - 1%, б - 1%, л - 15%, м - 5%, СОЭ -39 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, реакция - щелочная, относительная плотность - 1015, белок - 0,1г/л, лейкоциты -покрывают п/з, эритроциты 0-1п/з, бактерии+.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -50,0 г/л%, глобулины: альфа - 3,7%, альфа2 - 15,9%, бета - 9,0%, гамма -21,3%, холестерин - 4,3 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, мочевины -3,4 ммоль/л, креатинин - 60 мкмоль/л.

Задание

1. Выделите ведущий клинический симптомокомплекс заболевания.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз?
3. Какая этиология заболевания?
4. Какой патогенез заболевания?
5. План обследования.

6. План лечения.
7. Какой антибактериальный препарат первого выбора при этом заболевании?
8. Что такое эмпирическая и этиотропная антибактериальная терапия?
9. Какая диета при этом заболевании?
10. Какие жаропонижающие средства показаны ребенку с температурой тела 38,5°C?
11. Обоснуйте показания к проведению УЗИ и экскреторной урографии.
12. Обоснуйте показания к проведению цистоскопии.
14. Какие методы оценки функции почек вы знаете?
15. Какой прогноз и исход при этом заболевании?

Задача №10

Девочка 12 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области, слабость, недомогание, плохой аппетит.

Из анамнеза жизни установлено, что ребенок от второй беременности, протекавшей у матери с гестозом, гестационным пиелонефритом. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3650 г, длина 50 см. Вакцинация БЦЖ в роддоме. Грудное вскармливание до 7 месяцев. Вакцинация проведена по календарю прививок до 1 года.

Считают больной девочку с 1 года 2 мес. Отмечены повышение температуры тела до 38,2° С без катаральных явлений. При обследовании выявлены: лейкоцитурия, бактериурия, нейтрофильный лейкоцитоз. Установлен диагноз вторичный пиелонефрит, двухсторонний ПМР IV ст. При стихании активности микробно-воспалительного процесса в органах мочевой системы девочке в возрасте 2 лет проведена эндовезикальная коррекция. В дальнейшем у девочки пиелонефрит принял рецидивирующее течение. С 11 лет у девочки диагностированы повышение артериального давления, полиурия, никтурия, гипостенурия, микропротеинурия. В связи с чем госпитализирована в клинику.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Эр - 3,3x10¹²/л, Лейк - 14,0x10⁹/л, п/я - 7%, с - 71%, э - 1%, лимфоциты - 16%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1009, белок - 0,2 г/л, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - единичные в преп., бактерии +.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевины - 15,8 ммоль/л, креатинин - 280,0 мкмоль/л, кальций общий - 1,9 ммоль/л. Фосфаты крови - 2,2 ммоль/л. Паратиреоидный гормон повышен в крови. КОС: рН=7,35; рСО₂= 36 мм рт ст; ВЕ= -8,0 ммоль/л.

Задание

1. Выделите ведущие симптомы и синдромы заболевания.
2. Обоснуйте исход вторичного пиелонефрита с ПМЛР у девочки, заболевшей в 1 год 2 мес?
3. Нарушение гомеостатических функций почек острое или хроническое?
4. Какой патогенез артериальной гипертензии?
5. Какой механизм протеинурии?
6. Какой механизм развития никтурии и гипостенурии?
7. Какой механизм развития гипокальциемии и гиперфосфатурии?
8. Оцените сдвиг КОС?
9. Какой механизм развития анемии?
10. Какой механизм повышения паратиреоидного гормона?
11. План дальнейшего обследования.
12. План диетотерапии.
13. Какое антибактериальное лечение пиелонефрита с учетом нарушения гомеостатических функций почек?
14. План коррекции нарушенных гомеостатических функций почек.
15. Какой прогноз заболевания?

Задача №11

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Да 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлиннен. ЧД -28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см внутри от правого края грудины, левая - на 1 см внутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберного дуги Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: Нб - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с - 48%, э -14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза.
3. Этиология данной формы заболевания?
4. Укажите патогенез обструктивного синдрома у ребенка.
5. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае?
6. Неотложные мероприятия, необходимые при обострении?
7. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
8. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
9. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
10. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
11. Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?
12. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?
13. Какие рекомендации по питанию назначите ребенку?
14. Какие рекомендации по режиму и условиям быта необходимо соблюдать?
15. Прогноз.

Задача №12

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 мес перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень+2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание

1. Ваш диагноз? Обоснуйте диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. Какова предполагаемая этиология заболевания?
4. Каковы механизмы формирования ДН?
5. Каков план обследования пациента?
6. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Каковы принципы терапии?
9. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?
10. Целесообразно ли назначение антибактериальных препаратов при данном состоянии?
11. Целесообразно ли назначение противовирусных препаратов при данном состоянии?
12. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
13. Какие виды физиотерапии показаны?
14. Можно ли ребенка лечить на дому?
15. Прогноз заболевания

Задача №13

Больной К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Общий анализ крови: Нв - 134 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы - 2%, п/я - 8%, с - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Задание

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте диагноз
3. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
4. Какова информативность методов исследования, которые могут использоваться для выявления этиологического фактора заболевания?
5. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
6. В каких случаях рентгенологический контроль за динамикой процесса не проводится?
7. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
8. С чего следует начать патогенетическую терапию у данного пациента?
9. Какие факторы следует учитывать при назначении этиотропного лечения?
10. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
11. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов?
12. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
13. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
14. Прогноз заболевания.
15. Диспансерное наблюдение ребенка.

Задача №14

Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля.

Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5°C. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6°C. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

Клинический анализ крови: Нь - 118 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,8 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час.

На рентгенограмме грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, располагающиеся в области проекции правого легкого.

Задание

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии вне-больничных форм заболевания?
5. Назовите основные линии патогенеза, которые можно выделить при развитии данной патологии.
6. В каких клинических ситуациях проведение рентгенологического контроля за динамикой процесса обязательно?
7. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
8. Перечислите основные направления в лечении данного пациента.
9. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
10. В каких случаях показана смена антибиотика?
11. Перечислите критерии отмены антибактериальной терапии.
12. Каким специалистам целесообразно показать больного?
13. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.

14. Назовите особенности клинической картины и течения данного заболевания у детей раннего возраста.
15. Прогноз заболевания

Задача №15

Мальчик 5 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38°C, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза жизни известно, что первом году мальчик рос и развивался хорошо, ничем не болел.

В возрасте 1 года, во время игры по полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом "пневмония". Повторно перенес пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 20 кг, рост 110 см. ЧД - 36 в 1 минуту, ЧСС - 110 уд/мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $13,9 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с - 65%, л - 17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 60%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины - 10%, гамма-глобулины - 11%, СРБ - ++, глюкоза - 4,5 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Задание

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Составьте план обследования больного.
5. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? Что это могло быть?
6. Патогенез данного заболевания?
7. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
8. Назначьте больному лечение.
9. Какие антибактериальные препараты назначите ребенку?
10. Какие виды физиотерапии необходимо назначить в период обострения заболевания?
11. Показания к хирургическому лечению.
12. Как долго должен наблюдаться ребенок в поликлинике?
13. Какие виды спорта показаны ребенку?
14. Прогноз заболевания
15. Диспансерное наблюдение.

Задача №16

Мальчик П., 15 лет, обратились на поликлинический прием по направлению врача спортивного диспансера. При прохождении диспансеризации на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка (ЭКГ не представлены).

Из анамнеза известно, что ребенок постоянно проходит диспансеризацию в спортивном диспансере, изменения возникли впервые. С 7 лет занимается хоккеем.

При осмотре: Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 16 в 1 минуту, в легких дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 0,5-1 см

кнутри от среднеключичной линии. Перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - на 0,5-1 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - III межреберье, аускультативно - ЧСС - 56 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: Нв-180 г/л, Эр- $5,2 \cdot 10^{12}$ в л, Л- $6,0 \cdot 10^9$ в л, Э-1%, П-2%, С- 64%, лимф-20%, М-3%. СОЭ 22мм/ч.

Клинический анализ мочи: У/вес-1010, белок-отр, лейкоц- 1-2 в поле зрения, ЭР-отр.

Данные ЭКГ: миграция водителя ритма. АQRS- 70. Горизонтальная электрическая позиция. Переходная зона в V2. R в V4 <V5<V6.

ЭХО КГ: сократительная способность миокарда не снижена. МЖП 1,2 мм, ЛЖ 0,92 мм. Конечный диастолический объем ЛЖ 65 мл, конечный систолический объем ЛЖ- 26мл. Индекс массы миокарда ЛЖ- 104 Г/м².

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Оцените данные ЭКГ и ЭХО-КГ
3. Какое осложнение наиболее опасно при данном виде КМП
4. Подходы к терапии
5. Прогноз

Задача №17

Мальчик М., 1 год 7 мес., обратились к врачу с жалобами на обморочные состояния 2 раза за последние 6 мес. Осмотрен неврологом: данных за неврологическую патологию не выявлено. Так же отмечается вялость, снижение физической активности, снижение аппетита.

Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, роды в срок. Масса при рождении 3200, рост 50см. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Аллергоанамнез без особенностей. На «Д» учете у узких специалистов не наблюдается. Физическое развитие соответствует возрасту.

При поступлении в стационар состояние расценено как тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, пастозность голеней. Периферические л/у не увеличены. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, в задне-нижних отделах отмечается укорочение. Дыхание жесткое, ослабленное сзади в нижних отделах, здесь же единичные влажные хрипы. ЧДД-60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены во все стороны. Аускультативно ритм галопа. ЧСС 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает на 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание до 4-х раз в сутки. Стула не было.

Обследование:

Клинический анализ крови: Нв-110 г/л, Эр- $4,2 \cdot 10^{12}$ в л, Л- $6,0 \cdot 10^9$ в л, Э-1%, П-2%, С- 44%, лимф-40%, М-3%. СОЭ 22мм/ч.

Клинический анализ мочи: У/вес-1010, белок-отр, лейкоц- 1-2 в поле зрения, ЭР-отр.

По данным ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 160 в минуту. Высокая амплитуда зубцов R, отрицательный T в I, aVL, V3-V6. Дискордантные изменения в III, aVF, V1, V2.

По данным ЭХО КГ: ПСД - феномен (переднесистолическое движение створок митрального клапана), соотношение МЖП к ЗСЛЖ 1,3:1, снижение конечного диастолического объема и конечного систолического объема.

Вопросы:

1. О каком состоянии можно думать
2. Необходимый объем дообследования

3. Каким осложнением наиболее опасен данный вид кардиомиопатии
4. Какие принципы лечения необходимо использовать в данном случае
5. Наиболее вероятный прогноз для данного пациента:

Задача №18

Девочка М, 8 лет. При диспансеризации по данным ЭКГ выявлены нарушения ритма сердца в виде АВ блокады 1 степени, признаки перегрузки левых отделов. Направлена к кардиологу. Жалобы на постоянный сухой кашель, преимущественно в ночное время. Родители предъявляют жалобы на вялость, астеничность ребенка. В последние несколько недель отмечается одышка в покое, быстрая утомляемость при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза: девочка от 2 беременности, 1 родов в срок. Беременность, роды протекали без особенностей. На момент данной беременности матери ребенка было 28 лет, профессиональные вредности, вредные привычки отрицает. Отцу ребенка на момент беременности матери 36 лет, профессиональные вредности, вредные привычки отрицает. Привита по возрасту. На «Д» учете состоит у аллерголога по поводу БА, интермиттирующего течения с 7 лет. Аллергопробы не проводились. Травм операций не было. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Объективно: Состояние тяжелое. Девочка в положении ортопное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, выраженный венозный рисунок на груди. Мышечный тонус снижен. Л/у не увеличены. Дыхание жесткое, по задней поверхности выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы. ЧДД-30 в минуту. При осмотре определяется незначительное выбухание межреберных промежутков, преимущественно слева. Определяется сердечный толчок. Верхушечный толчок смещен влево на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, разлитой. Границы сердца: правая на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя во 2 межреберье, левая на 1,5-2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. Легкий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Печень+1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится мало. Стула не было.

Данные обследования:

ЭКГ: синусовая аритмия. НБПНПГ. Признаки перегрузки левых отделов. Изменение проведения по задней стенке левого желудочка.

ЭХО КГ: сократимость миокарда снижена. ФВ 48% . Дилатация правого желудочка, признаки начальной дилатации левого предсердия. Пристеночное образование в полости левого желудочка, 1,5 см длиной, свободно флотирующее.

Вопросы:

1. О каком состоянии можно думать. На основании клинико - лабораторных данных сформулируйте клинический диагноз и его осложнения
2. Изменение каких лабораторных показателей можно ожидать
3. Какой характер носит данное заболевание (врожденный, приобретенный, наследственный)
4. Подходы и методы терапии
5. Прогноз

Задача №19

Мальчик С, 6 мес. Поступил в стационар с жалобами мамы на одышку, бледность кожных покровов, снижение аппетита, минимальные прибавки в весе. Направлен на госпитализацию участковым педиатром.

Объективно: состояние тяжелое. Ребенок вялый, на осмотр реагирует негативно. Неврологический тонус снижен. Кожные покровы бледные, пастозные, выражены периорбитальные тени, на груди выраженный венозный рисунок. Тонус мышц снижен, БР 2,5*2,5 см. не выбухает.

Дыхание жесткое. В заднее-нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 42 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Систолический шум вдоль левого края грудины. Границы сердца расширены, верхушечный толчок разлитой. Живот мягкий, печень пальпируется на 3см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится в памперс мало. Стул 1 раз сутки, желтый, кашицеобразный.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов в срок. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания с 22 недель, получала стационарное лечение. Роды в срок, без особенностей. К груди приложен в род.зале. При наблюдении участковым педиатром наблюдаются низкие прибавки в весе, выслушивались шумы в сердце. Обследование не проводилось. У отца ребенка в возрасте до года умер младший брат, диагноз не установлен.

По данным обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено за счет левых отделов. КТИ = 78%.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС - 180 уд/мин. ЭОС отклонена резко вправо.

ЭХО КГ: снижение сократительной способности миокарда (ФВ 42%, ФУ-26%).Расширение полости левого желудочка.

Вопросы:

1. О каком состоянии можно думать
2. Круг дифференциальной диагностики
3. Патогенез заболевания и его осложнений
4. Какие группы препаратов необходимо использовать для лечения данного заболевания
5. Прогноз

Задача №20

Мальчик М., 1 год 7 мес., 4 недели назад перенес ОРВИ, с фебрильной лихорадкой до 38,6С, катаральными явлениями, кашлем. Через 2 недели родители стали отмечать повышенную слабость, вялость, бледность, снижение аппетита. Продолжает лихорадить на субфебрильных цифрах, появилась одышка. Осмотрен педиатром, рекомендована госпитализация в стационар.

Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, роды в срок. Масса при рождении 3500, рост 52см. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Аллергоанамнез без особенностей. На «Д» учете у узких специалистов не наблюдается. Физическое развитие соответствует возрасту.

При поступлении в стационар состояние расценено как тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, пастозность голеней. Периферические л/у не увеличены. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, в задне-нижних отделах отмечается укорочение. Дыхание жесткое, ослабленное сзади в нижних отделах, здесь же единичные влажные хрипы. ЧДД-60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены во все стороны. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. На верхушке выслушивается систолический шум, грубоватого тембра. ЧСС 170 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, до 4-х раз в сутки. Стула не было.

Обследование:

Клинический анализ крови: Нб-110 г/л, Эр- $4,2 \cdot 10^{12}$ в л, Л- $6,0 \cdot 10^9$ в л, Э-1%, П-2%, С- 44%, лимф-40%, М-3%. СОЭ 22мм/ч.

Клинический анализ мочи: У/вес-1010, белок-отр, лейкоц- 1-2 в поле зрения, ЭР-отр.

По данным ЭКГ: синусовая аритмия. Угол АQRS- 30^0 . НБНППГ.

По данным ЭХО КГ: сократительная способность миокарда на нижней границе нормы, структурных нарушений нет. Регургитация 1 ст. на трикуспидальном клапане.

Вопросы:

1. На основании приведенных данных, о каком осложнении вирусной инфекции можно думать. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимый объем дообследования.
3. Что является «Золотым» стандартом верификации диагноза.
4. Для лечения необходимо использовать
5. Прогноз и тактика диспансерного наблюдения

Задача №21

Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей на фоне положительных IgG к ЦМВ, токсокозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточности, первых родов на 32-й неделе (первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 42 см, окружность головы - 30 см, грудной клетки - 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес СДР, тяжелый. До 7 суток находился на ИВЛ.

На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 170 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3,5 см из-под реберной дуги, селезенка - + 0,5 см.

При обследовании:

Общий анализ крови: Hb - 160 г/л, Эр - $6,7 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,4 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 32%, э - 2%, л - 54%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике. КТИ = 62%.

ЭКГ: Синусовая аритмия. ЧСС - 180 уд/мин. ЭОС отклонена резко влево. Низкий вольтаж зубцов в грудных отведениях. Отмечаются признаки нарушения реполяризации желудочков.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие показатели биохимического анализа крови могут указывать на данное заболевание. Какие инструментальные методы обследования необходимо провести для оценки состояния.
3. Что является наиболее вероятной причиной развития данного состояния
4. Какие группы препаратов необходимо использовать для лечения данного ребенка
5. Прогноз и диспансерное наблюдение

Задача №22

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождающееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась.

При поступлении в стационар состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой. перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень +6 см по правой среднеключичной линии, селезенка+1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л. Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол А QRS составляет - 5° . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, а V_4, V_5, V_6 отведениях, $Rv_5 < Rv_6$.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса 40%.

Вопросы:

1. Вероятный диагноз данного пациента
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. За счет каких отделов преимущественно увеличен КТИ при данной патологии. Повышение каких показателей можно ожидать в биохимическом анализе крови.
4. Предложите терапию данного заболевания.
5. Наиболее частый исход данного заболевания у детей. Принципы диспансерного наблюдения.

Задача №23

Девочка А, 11 лет, находится в инфекционном отделении с диагнозом инфекционный мононуклеоз. Поступала на 4 день болезни с жалобами на повышение температуры до 38,5, увеличение шейных, подмышечных л/у, синдромом экзантемы, катаральными явлениями. В стационаре на 5 день лечения отмечается улучшение состояния, нормализация температуры, уменьшение количества элементов сыпи. Получала противовирусное лечение Изопринозином, симптоматическую терапию.

На 12 день пребывания в стационаре отмечается вновь подъем температуры до субфебрильных цифр, быстрая утомляемость, слабость, одышка. При объективном обследовании: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Мышечный тонус снижен. Л/у поднижнечелюстные, переднешейные, подмышечные увеличены до 2см, умеренно болезненные при пальпации, не спаяны с окружающими тканями, подвижные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД- 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается появление 3 тона. ЧСС 118 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2см ниже края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка + 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный 1 раз.

Результаты обследования:

ОАК: Лейкоциты – 4,0 тыс/мкл, Лимфоциты – 43%, Моноциты – 15%(2 атипичных мононуклеара), Палочкоядерные нейтрофилы – 1%Сегментоядерные нейтрофилы – 36% Эозинофилы – 1%Базофилы – 4%Эритроциты – 4,6 млн/мкл Гемоглобин – 136 г/л Цветной показатель – 0,87 Тромбоциты – 216 тыс /мкл.СОЭ – 5 мм/час

В биохимическом анализе крови: О.белок- 68 г/л, общий ХС-4,22, ЛПНП 1,78ммоль/л, глюкоза 4,42 ммоль/л, ЛДГ 800 ЕД, АЛТ-38 Ед, АСТ-25, КФК-МВ- 210 ЕД/л, ЩФ- 82 ЕД, СРБ- отр., АСЛО- 100 МЕ/мл, RF- отр.

По данным ЭКГ при поступлении: синусовая тахикардия с ЧСС 114 в минуту. Угол AQRS- 62⁰, нормальное положение ЭОС.

ЭКГ на 15 день болезни: Синусовая аритмия. ЧСС-102 в минуту. НПБНПГ. Нарушение процессов реполяризации желудочков.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Для верификации диагноза у данного пациента необходимо проведение следующих исследований
3. За счет какого состояния, наиболее вероятно, формирование гепатоспленомегалии. Чем обусловлены изменения на ЭКГ на 15 день болезни?
4. Какие группы препаратов необходимо использовать для лечения ребенка
5. Наиболее вероятный исход в данном случае. План диспансерного наблюдения.

Задача №24

Мальчик П., 13 лет, обратились на поликлинический прием с жалобами на слабость, быструю утомляемость, появление одышки при физической нагрузке, повышение температуры до 37,4 в вечернее время, ощущение сердцебиения. Данные жалобы беспокоят в течении 1 месяца.

Из анамнеза известно, что 2 месяца назад перенес ОРВИ с подъемом температуры до 38 С в течении 2-х дней, катаральными явлениями. Во время болезни продолжал посещать школу. Получал симптоматическую терапию. Через 1,5-2 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Обратилась на прием к педиатру.

При осмотре: Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 22 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 0,5-1 см кнаружи от среднеключичной линии. перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - на 0,5-1 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя - III межреберье, аускультативно - ЧСС - 102 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации
2. Необходимый объем дообследования, дифференциальная диагностика
3. Какие изменения можно ожидать при проведении Эхо КГ
4. Возможно ли амбулаторное лечение? Подходы к терапии.
5. Прогноз и план диспансерного наблюдения

Задача №25

Мальчик Д, 15 лет. Наблюдается генетиком по поводу наследственного гемосидероза. В течении 6 мес отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке, появление одышки, ощущение перебоев в работе сердца. В последние 2 недели появились жалобы на отеки нижних конечностей, преимущественно к вечеру.

Из анамнеза: мальчик от 1 беременности, 1 родов в срок. Беременность, роды протекали без особенностей. Вес при рождении 3350, рост 52см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Привит по индивидуальному календарю. Травм операций не было. Физическое развитие соответствует возрасту.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, выраженный венозный рисунок на груди. Мышечный тонус снижен. Л/у не увеличены. Дыхание жесткое. ЧДД-22 в минуту. При осмотре определяется незначительное выбухание межреберных промежутков, преимущественно слева. Верхушечный толчок на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, разлитой. Границы сердца: правая по правой парастернальной линии, верхняя в 3 межреберье, левая на 1см кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. Легкий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Печень+1,5см, селезенка не пальпируется. Мочится мало. Стула не было.

Данные обследования:

ЭКГ: синусовая аритмия. Низкий вольтаж зубцов.

Rg органов грудной клетки: диффузные изменения легочного рисунка, участки склерозирования легочной ткани. Тень сердца незначительно расширена вправо.

ЭХО КГ: снижение сократительной функции миокарда (ФВ 42%, ФУ 22%), утолщение эндокарда в нижней части правого желудочка. Уменьшение объема полости правого желудочка.

Вопросы:

1. На основании клинико - лабораторных данных сформулируйте клинический диагноз и его осложнения.
2. Какое заболевание лежит в основе развития поражения сердца и его причины
3. Круг дифференциальной диагностики
4. Основные направления лечения
5. Прогноз

Задача №26

Мальчик, 4 года 9 мес.

Данные анамнеза

Из анамнеза известно, с 4,5 лет отмечается увеличение левого коленного сустава. Обследовался по месту жительства. Диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит, олигоартрит. Получал терапию НПВС, кратковременно цитостатическую терапию метотрексатом без выраженного улучшения. При обследовании в институте ортопедии им. Турнера выявлены диспротеинемия, гипоглобулинемия.

Анамнез жизни: от V беременность, протекавшей с угрозой прерывания, на фоне герпетической инфекции на 3-4 месяце. Внутриутробно по УЗИ расширение лоханок почек. Роды I на 35-36 неделе, Кесарево сечение. Первый из двойни. Вес 2450, рост 49см. На грудном вскармливании до 2,5 месяцев. Далее на искусственном. Рос и развивался по возрасту. В 6 месяцев стафилококковая инфекция. С двух лет частые ОРЗ, гайморит в 4 года. В 2,5 года оперирован по поводу уретерогидронефроза слева.

При осмотре:

Рост 115.5см Вес 21.3 кг Состояние по заболеванию средней тяжести. Телосложение правильное. Сколиотическая осанка, плоскостопие. Питание достаточное. Кожные покровы чистые. В левой поясничной области шрам келоидные рубцы. Зев розовый, налетов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, хордальный шум в точке Боткина. ЧСС 110 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул диурез в норме. По суставам: лучезапястные суставы деформированы, определяется выпот (S>D), движения безболезненные в полном объеме. Коленные суставы деформированы ((S>D), движения безболезненные в полном объеме.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	133	г/л
Эритроциты	5,02	$10^{12}/л$
Тромбоциты	367	$10^9/л$
Лейкоциты	9,5	$10^9/л$
Палочкоядерные	-	%
Сегментоядерные	39	%
Лимфоциты	57	%
Моноциты	3	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	4	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	65,7	г/л
Альбумин	39	г/л
СРБ	2,8	г/л
АЛТ	22,1	Ед/л
АСТ	28,9	Ед/л
Билирубин общий	10,0	мкмоль\л
Сахар	5,39	ммоль\л
Мочевина	4,09	ммоль\л
Калий	4,8	ммоль\л
Натрий	140	ммоль\л
АСЛ-О	15	МЕ/мл
орозомукоид	1,36	

Яйца глистов– не обнаружены.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
1030	-	-	-	-	-	-	-

Электрокардиограмма

QRS	0,074	"	Р	0,1	"
QT	0,358	"	ЧСС	74	уд/мин

Заключение: Синусовая аритмия.

Квантифероновый тест отрицательный.

Рентгенография.

На представленных рентгенограммах бедренных костей и коленных суставов без костно-деструктивных изменений. Соотношение в суставах удовлетворительное, суставные поверхности не изменены.

УЗИ органов брюшной полости Заключение: Расширение ЧЛС обеих почек больше слева (признаки гидронефроза).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для верификации диагноза
3. Является ли основное заболевание врожденным и приобретенным. Патогенез развития артрита в данном случае.
4. Терапия
5. Прогноз и тактика диспансерного наблюдения, вакцинация.

Задача №27

Мальчик Левон А., 2 года.

Госпитализирован экстренно в связи с рецидивирующей лихорадкой, сопровождающейся синдромом ангины. Известно, что с 1 года 3 мес - стереотипные лихорадки, появление налета на миндалинах, не сопровождающиеся болевым синдромом с незначительной реакцией регионарных лимфоузлов. Эффективность антибиотикотерапии сомнительная. Поступил с очередным обострением, продолжительностью 6 дней. Амбулаторно назначена антибактериальная терапия зиннатом.

Наследственность: у отца – периодическая болезнь под вопросом, у старшей сестры – рецидивирующие ангины с параклинической активностью - прекратившиеся после тонзиллэктомии.

Данные клинического обследования

Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, без инфекционной сыпи. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия миндалин. Налетов нет. ЧСС-105 в 1 мин. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/болезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез (со слов) не нарушены.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	117	г/л
Эритроциты	4.58	$10^{12}/л$
Цветовой показатель	0.76	
Тромбоциты	415	$10^9/л$
Лейкоциты	12,3	$10^9/л$
Палочкоядерные	2	%
Сегментоядерные	43	%
Лимфоциты	53	%
Моноциты	2	%
СОЭ	15	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	78	г/л
Альбумины	43	%

Глобулины: α1	5,6	%
α2	19	%
β	14	%
γ	18	%
СРБ	12,7	
Орозомукоид	1,66	
АЛТ	26	ЕД/л
АСТ	55	ЕД/л
Билирубин общий	11	мкмоль/л
Сахар	4,6	ммоль/л
Мочевина	5,34	ммоль/л
Креатинин	0.040	ммоль/л
Триглицериды	1.06	ммоль/л
Кальций общий	2.4	ммоль/л
Фосфор неорганический	1.72	ммоль/л
ЛДГ	591	Ед/л
Щелочная фосфатаза	346.6	Ед/л
Калий	3.6	ммоль/л
Натрий	144	ммоль/л
Холестерин	6,2	ммоль/л
АСЛ-О	76	Ед/л
Ферритин	114	Мг\л

Диагностика ВУИ

Антитела	Ig M	Ig G
Цитомегаловирус	Отр	Пол
Вирус герпеса 1 и 2 типа	Отр	Отр
Вирус Эпштейна-Барр	Отр	Пол
Хламидии трахоматис	Отр	Отр
Хламидии пневмонии	Отр	Пол
Микоплазма пневмонии	Отр	Отр

УЗИ органов брюшной полости умеренная гепатоспленомегалия.

Мазок из зева на флору: Грам (-) палочки из рода Pseudomonas – значительное количество (чувствительность сохранена кроме Левомецитина), зеленающий стрептококк – значительное количество, непатогенные нейсерии – большое количество

Посев мочи Citrobacter 5×10^3 /мл. (чувствительность сохранена), Staph. epidermidis 1×10^3 /мл.

Маркеры гепатитов В и С: отрицательные.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
1025	нет	нет	-	-	-	-	-

Офтальмолог патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Круг дифференциальной диагностики

3. Причина развития ангина
4. Подходы к терапии
5. Прогноз

Задача №28

Мальчик Ярослав К. 1 г 1 месяц поступил для обследования.

Из анамнеза болезни: Ребенок от 1 срочных родов. Масса при рождении 3470 гр. на грудном вскармливании с рождения. Докорм молочной смесью с 2.5 мес. Респираторными заболеваниями страдает редко, первое ОРЗ в 5 мес. жизни.

С возраста 3 недель нарушения стула примесь крови, в копрограмме слизь 4, лейкоциты покрывают все поля зрения, эр 2-3 в п/зр. В возрасте 1 мес. впервые отмечено появление бледно-розовой уртикарноподобной сыпи на спине, животе (в дальнейшем характер высыпаний не менялся). Был госпитализирован в ДИБ № 5 Диагноз: острый энтероколит клебсиеллезной этиологии, средней тяжести. Ротавирусная инфекция.

Ребенок хорошо прибавлял в массе до 3 месяцев, далее темп прибавок снизился. В течение 1-х 3 месяцев жизни сохранялась сыпь, нарушенный стул, параклиническая активность (СОЭ 48 мм\час в 4 мес), анемия 73 г\л. С 3 месяцев периодически регистрировались подъемы температуры до субфебрильных цифр, в последующем подъем до фебрильных цифр. В 4 мес. госпитализация в ДГБ №1. Диагноз: анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Рецидивирующий энтероколит неясной этиологии. Инфекционно-аллергическая крапивница. Сохранялась высокая параклиническая активность (СОЭ 35 мм\час, повышенные показатели СРБ), появилась гепатоспленомегалия.

С 8 месяцев торможение темпов физического развития, темповая задержка ПМР, длительная лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, волнообразные кожные высыпания, стойкие воспалительные изменения в ан. крови и анемия. УЗИ головного мозга - расширение правого бокового желудочка без нарушения ликвородинамики. Проводилась кортикостероидная терапия в начальной дозе преднизолона 1.5 мг\кг. На фоне терапии температура снизилась до субфебрильных цифр, рецидивирование сыпи, параклиническая активность сохранились. В 10 мес присоединение глазной симптоматики: псевдоневрит зрительного нерва, проминирование дисков зрительного нерва в стекловидное тело.

При осмотре: 1 год 1 месяц: состояние ребенка средней тяжести. Рост = 83 см. Вес = 12 кг. Окружность головы 53 см. Грубой задержки психомоторного развития не отмечено. Обращает внимание бледность кожи, обильная уртикарноподобная, незудящая сыпь. Волосы сухие, жесткие. Лицевой дизморфизм, своеобразная форма пальцев рук, напоминающая барабанные палочки, развернутая апертура грудной клетки, в месте прикрепления 8-9 ребер к груди - утолщение. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 в мин., имеется систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки, безболезненный. Стул к/образный, 3 - 4 р/сут. Дизурии нет.

Данные клинического обследования

Клинический анализ крови

Гемоглобин	99	г/л
Эритроциты	4.83	$10^{12}/л$
Цветовой показатель	0.61	
Ретикулоциты	13	%
Тромбоциты	304	$10^9/л$
Лейкоциты	13.8	$10^9/л$
Палочкоядерные	1	%
Сегментоядерные	58	%

Лимфоциты	30	%
Моноциты	6	%
Эозинофилы	5	%
СОЭ	40	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	66	г/л
Альбумины	39.1	%
Глобулины: α1	5.8	%
α2	15.4	%
β	14.1	%
γ	25.4	%
СРБ	141.6	ммоль/л
АЛТ	16.3	Ед/л
АСТ	23	Ед/л
ЛДГ	456	Ед/л
Билирубин общий	8.1	мкмоль/л
Сахар	3.65	ммоль/л
Мочевина	4.01	ммоль/л
Ферритин	50	Мг\л
КФК	58.3	Ед/л
Креатинин	0.036	ммоль/л
Кальций общий	2.66	ммоль/л
Кальций ионизированный	1.17	ммоль/л
Фосфор неорганический	1.69	ммоль/л
Щелочная фосфатаза	304.0	Ед/л
Калий	4.6	ммоль/л
Натрий	137	ммоль/л
Холестерин	3.94	ммоль/л
АСЛ-О	40	Ед/л
Железо сыворотки	3.6	ммоль/л
ОЖСС	55.0	Ммоль/л
Свободный трансферрин	51.4	Ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости признаки гепатомегалии.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
м/м	нет	нет	4-6 в п/з	-	-	-	-

Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

Копрограмма: детрит-2-3, непереваренная клетчатка-1, переваренная клетчатка-0-1, крахмал внеклеточный -0, крахмал внутриклеточный -0, жир расщепл. легкоплавн.-0-1, жир расщепл. тугоплавн.-1, исчерченные мышечные волокна-0, неисчерченные -0-1.

Электрокардиограмма от 09.12.2010: ритм синусовый, небольшой участок миграции водителя ритма.

Рентгенограмма кистей - На рентгенограмме кистей костно-патологических изменений не определяется. Костный возраст соответствует паспортному.

Офтальмолог: застойные диски зрительных нервов обоих глаз

Невролог: гидроцефалия компенсированная.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Круг дифференциальной диагностики.
4. Подходы к терапии.
5. Прогноз

Задача №29

Девочка Люба Ц., 10 лет.

Данные анамнеза

Больна с 6 лет, когда отмечено повышение температуры, появление болей в животе, госпитализирована в ДГБ №2. При обследовании отмечена анемия, лейкоцитоз с п\я сдвигом, ускоренная СОЭ. После лечения ципрофлоксацином нормализация показателей гемограммы. В клинике заболевания сохранялись боли в животе, не связанные с приемом пищи, стул стал более обильным, рыхлым, отмечались эпизоды повышенной температуры. Через 2 месяца повторно госпитализация в ДГБ 2. Диагноз мезаденит (по УЗИ множественные мезентериальные л/узлы). Впервые зарегистрировано снижение общего белка до 55.7г/л, анемия и повышение СОЭ сохранялись. На фоне антибактериальной терапии не лихорадила. После выписки из стационара вновь фебрильная лихорадка, боли в животе, рвота. Через неделю после выписки 3-я госпитализация в ДГБ 2. В связи с инфицированием МБТ консультирована фтизиатром, ПЦР диагностика МБТ отрицательная. Стернальная пункция без патологии. ФГДС картина поверхностного гастродуоденита. ФКС – умеренная гиперемия слизистой. Биопсия- хроническое изменение слизистой по катаральному типу. Изменения в гемограмме сохранялись. В последующем наблюдалась амбулаторно по поводу длительного фебрилитета. Лихорадка как правило в ночное время. В связи с инфицированием с прошлых лет МБТ получила курс тест химиопрофилактики 2 –мя противотуберкулезными препаратами С 9 лет 9 мес появились жалобы на боли в суставах, в животе, головные боли, затем отек, боли в суставах нижних конечностей. Госпитализирована в СПбПМА.

Объективно:

При поступлении состояние расценено как среднетяжелое. Обращала внимание бледность кожи с серым колоритом, воспалительные изменения в области суставов нижних конечностей, сопровождающиеся болью. Ограничением объема движений, нарушением походки. Живот увеличен в объеме, асцита нет. Размеры печени, селезенки не увеличены. Масса тела, 26.5 кг.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	88	г/л
Эритроциты	4.09	10 ¹² /л
Цветовой показатель	0.66	
Ретикулоциты	19	‰
Тромбоциты	670	10 ⁹ /л
Лейкоциты	9.8	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	3	%
Сегментоядерные	62	%
Лимфоциты	25	%
Моноциты	9	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	17	мм/ч

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Ед.измерения
Общий белок	49	г/л

Альбумины	32.9	%
Глобулины: α1	8.3	%
α2	17.8	%
β	16.8	%
γ	23.9	%
СРБ	11.1	
АЛТ	24.8	Ед/л
АСТ	34.1	Ед/л
Билирубин общий	3.5	Мкмоль/л
Сахар	4.65	Ммоль/л
Мочевина	4.03	Ммоль/л
Мочевая кислота	0.18	Ммоль/л
Креатинин	0.044	Ммоль/л
α -амилаза	60.5	Ед/л
Фибриноген	5.0	г/л
КФК	88.7	Ед/л
Кальций общий	2.0	Ммоль/л
Кальций ионизированный	1.12	Ммоль/л
Фосфор неорганический	1.56	Ммоль/л
Щелочная фосфатаза	374	Ед/л
Калий	4.8	Ммоль/л
Натрий	142	Ммоль/л
ЛДГ	238	Ед/л
Холестерин	3.3	Ммоль/л
Железо сыворотки	3.8	Ммоль/л
ОЖСС	30.2	Ммоль/л
Коэф насыщенности	12.6	
Своб. трансферрин	26.4	Ммоль/л
АСЛО	71	Ед/л

Анализы мочи

Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритр.	слизь	бактерии	соли
1008	нет	нет	0-2	-	-	-	-

Посев мочи – стерилен.

Суточная потеря белка с мочой отр.

Развернутая реакция Видаля отр.

Церулоплазмин 140.0 мг\л (N 240-480)

Ферритин сыв. 29.7 нг\мл.

Иммунологическое исследование: АНЦА – отриц, АСЦА – отриц, РФ- отриц.

Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

Реакция на сывороточный белок (+1)

Реакция на муцин (+2).

Кальпротектин фекальный 609 (100 и более результат положительный).

Копрограмма: детрит-3, непереваренная клетчатка-1, переваренная клетчатка-0-1, крахмал внеклеточный -0, крахмал внутриклеточный -0-1 , жирные кислоты-0-1, исчерченные мышечные волокна-, неисчерченные -,мыла – 0-1

УЗИ органов брюшной полости и почек Заключение: Эхопризнаки гепатомегалии. Свободной жидкости в брюшной полости и в малом тазу не определяется.

УЗИ щитовидной железы: Эхогенность – не изменена. Эхоструктура – неоднородная (гипоэхогенные участки). Общий объем: 2.2 см³. Железа уменьшена в объеме.

Электрокардиограмма

			QRS	0.06	"	RR	0.50	"
PQ	0.10	"	QT	0.27	"	ЧСС	120	уд/мин

Заключение: Синусовая тахикардия. Укорочение PQ.

Рентгенограммы - На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции легочный рисунок усилен диффузно с обеих сторон за счет интерстициальных изменений. Размеры сердца не изменены.

При пассаже сульфата бария по кишечнику задержки продвижения контраста не определяется. Топика не нарушена.

На рентгенограммах коленных суставов в 2-х проекциях без костно-патологических изменений. Соотношение в суставах удовлетворительное. Суставные поверхности не изменены.

УЗИ голеностопных, тазобедренных суставов – без патологии

Эхокардиограмма с доплеровским анализом – без патологии.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия от 15.05.09 – нодулярный пангастрит. Поверхностный бульбит. Нодулярный дуоденит. НР(-).

ФКС от 13.05.09 – катаральный проктит.

ФВД- не изменена.

Офтальмолог- без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какой отдел кишечника поражен у данного ребенка
3. К какой группе заболеваний относится данная патология, проведите дифференциальную диагностику
4. Подходы к терапии, группы препаратов для лечения
5. Прогноз и план диспансерного наблюдения

Задача №30

Мальчик Алексей Б., 2 года 5 мес.

Поступил экстренно в связи с жалобами на остро возникшие боли в правой нижней конечности 2 дня назад.

Данные анамнеза:

Из анамнеза жизни: Мальчик от II беременности путём ЭКО, I родов на 30 неделе. Третий из тройни. Вес при рождении 1150 г, длина 31 см. ИВЛ 1-2 дня. БЦЖ – рубчик 4 мм. До 2-х лет наблюдался неврологом, ортопедом - со слов мамы без патологии, пульмонологом с диагнозом: БЛД. Наблюдался офтальмологом с диагнозом: ретинопатия.

Из анамнеза заболевания: В начале марта перенёс ротавирусную инфекцию, травмы отрицает. Осмотрен хирургом с выполнением Rg-графии ТБС, данных за хирургическую патологию не выявлено.

Данные осмотра:

Состояние по заболеванию средней степени тяжести. Самочувствие не нарушено. Ходит шадя правую ногу. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, носоглотка без острых катаральных явлений. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, ясные. ЧСС 125 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не увеличены. Стул в норме (со слов), дизурии нет.

Локально: Суставы внешне не изменены. Движения в правом ТБС, в правом коленном суставах в полном объеме, ограничений нет, умеренно болезненны. В остальных группах суставов в полном объеме, безболезненные.

Анализы крови

Гемоглобин	117	г/л
Эритроциты	4,06	$10^{12}/л$
Гематокрит	0,346	
Тромбоциты	322	$10^9/л$
Лейкоциты	8,1	$10^9/л$
Палочкоядерные	1	%
Сегментоядерные	45	%
Лимфоциты	45	%
Моноциты	8	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	2	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	69	г/л
Альбумины	65,6	г/л
α_1	3,4	%
α_2	11,4	%
β_1	6,3	%
β_2	3,8	%
Гамма	9,5	%
СРБ	отриц	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	37	Ед/л
Билирубин общий	10,4	мкмоль\л
Сахар	4,37	ммоль\л
Мочевина	3,7	ммоль\л
Мочевая кислота	0,19	ммоль\л
Кальций общий	2,62	ммоль\л
Хлор	104	ммоль\л
Амилаза	45	ммоль\л
Щелочная фосфатаза	208	Ед/л
Калий	4,6	ммоль\л
Натрий	136	ммоль\л

Электрокардиограмма

			Q	0	"	R	R	0,5	"
			RS	,06		R			
P	0	"	Q	0	"	Ч		120	уд/м
Q	,12		T	,25		СС			ин

Заключение: Ритм синусовый.

Кровь на вирусологию

Показатель	Результат
Хламидия пневмонии IgM	0.15
Хламидия пневмонии IgM	отрицательный
Хламидия пневмонии IgG	2.41
Хламидия пневмонии IgG	отрицательный

Кровь на гепатит В,С Анти-НСV – не обнаружены, HBs Ag – не обнаружен

РНГА с кишечной группой – отриц.

Мазок из зева на флору и чувствительность: Str. viridians – Значительное количество, Neisseria spp-умеренное количество, Candida spp- незначительное количество, St.epidermidii-единичные.

Анализ мочи

Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритроц.	слизь	бактерии	соли
1020	-	-	-	-	-	-	-

Яйца глистов и цисты простейших не обнаружены

УЗИ суставов в скрининговом режиме:

Тазобедренные: в правом лоцируется выпот (сепарация до 2мм), продуктивного компонента на момент исследования не выявлено. Левый- без особенностей.

Коленные: Выпота нет, гиалиновый хрящ с ровным четким контуром, неоднороден по возрасту. УЗ-признаков поврежденния связок и сухожилий не выявлено, УЗ-признаков энтезитов, тендинопатий не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Круг дифференциальной диагностики
3. Причины развития заболевания. Оцените риск развития хронического воспалительного заболевания суставов
4. Тактика ведения пациента и подходы к терапии
5. Прогноз и план диспансерного наблюдения

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1.Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2.Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к

занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3.Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4.Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д/ ФОС_п / ФОС_{ГИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д/ ФОС_п / ФОС_{ГИА} на
_____ учебный год по

дисциплине _____ /
практике _____ /
государственной итоговой аттестации
по специальности _____

В комплект ФОС_д/ ФОС_п/ ФОС_{ГИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д/ ФОС_п / ФОС_{ГИА} обсуждены на заседании
кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /
Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{ГИА}) _____ / _____ /