**КИМ по модулю ПМ.02 ПМ.02 Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах. МДК.02.04. Педиатрия.**

# Проблемно-ситуационные задачи

#### Решите задачи по алгоритму

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику (ПО 2, ПК.2.2)
2. Какие диагностические вмешательства необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза, интерпретируйте показатели лабораторных и инструментальных методов исследования. (ПО 2, ПК.2.2)
3. Представьте информацию в понятном виде пациенту о подготовке и проведении диагностических вмешательствам, объясните ему суть вмешательств. (ПО 2, ПК.2.2)
4. Определите лечебные вмешательства , взаимодействуя с участниками лечебного процесса. (ПО 2, ПК.2.2)
5. Расскажите об особенностях уход за пациентом. (ПО 2, ПК.2.2)
6. Составьте план профилактических мероприятий при данной патологии. (ПО 2, ПК.2.2)

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетеки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, Er-3,98х1012/л, Л-4х109/л, СОЭ 5 мм /час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0:034 г/л, кальций 0,09 г/л.

Мама, с девочкой 2,5 лет, обратилась к участковому врачу по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,5º С. Осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и после обследования был выставлен диагноз "цистит". Лечение проводилось амбулаторно. В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны мамы заболевание почек.

Объективно: масса 11,5 кг, длина 85 см. Состояние удовлетворительное. Астеническое телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные, размером до 0,8 см, не спаянные с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочной, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеспускание болезненное, 15 раз в день.

В общем анализе мочиреакция щелочная, относительная плотность мочи 1012, мутная, лейкоциты 20-25, плоский эпителий 3-5 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ-25 мм в час, Л-12х109 /л, Нв-108 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез 300 мл, ночной диурез 500 мл, колебания удельного веса 1005-1012.

УЗИ почек: размеры соответствуют возрасту, положение и подвижность обычные, отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

Мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах.

При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, РS 110 в мин, при пальпации живота — напряжение мышц в эпигастральной области.

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка слабость, боли в животе, понижение аппетита, по вечерам температура повышается до 37,9º С. Мать заметила, что девочка часто мочится, моча мутная. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Девочка 4-х лет больна в течение 2 дней. Жалуется на слабость, вялость, незначительные боли в горле. При осмотре: температура 37,9º С, состояние средней тяжести, ребенок вялый. Отмечается гиперемия зева. На увеличенных миндалинах блестящие налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Приторно-сладковатый запах изо рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система без патологических изменений. Стул, мочеиспускание в норме. Не привита по медицинским показаниям.

К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день, жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, t - 38,9º С, беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме.

Ребенок 3-х лет, живет с родителями в общежитии, посещает детский сад. Заболел остро: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок тужится, беспокоен. При осмотре: ребенок бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма сокращена, болезненна, анус податлив.

Во время проведения патронажа к новорожденному ребенку мать обратилась к акушерке за советом в связи с тем, что ее старшая дочь 5 лет стала капризной, раздражительной, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту. У девочки стало отмечаться ночное недержание мочи.

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли.

Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей мелкопапуллезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

Родители Саши М., 3-х лет, обратились к нефрологу с жалобами на вялость, отеки в области лица и ног, снижение аппетита, боли в животе.

Из анамнеза выявлено, что мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей.

Объективно: состояние средней тяжести , кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, слегка болезненны, не спаены с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации, отмечается небольшая болезненность, печень и селенка не увеличены.

В общем анализе мочи: белок 14г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения гиалиновые цилиндры.

В общем анализе крови: Э-4,0х1012/л, Нв-100 г/л, L-4,7х109/л, СОЭ-69 мм/час. Биохимия крови: остаточный азот 35,7 ммоль/л, мочевина 13,48 ммоль/л, общий белок в крови 46,8 г/л.

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых , здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х мес. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках. При осмотре температура тела 38,2º С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче, крике, появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель.Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5х0,5 см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей. Общий анализ крови Нв-142 г/л, Э-4,32х1012/л,   
L-11,2х109/л, Э-2%, П-2%, С-64%, Л-28%, М-4%. СОЭ-24 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

Сережа, 9 лет, жалуется на высокую температуру, боль в груди и правой половине живота, затрудненное дыхание, болезненность при глубоком вдохе, короткий болезненный кашель, преимущественно сухой, иногда со скудной мокротой. Заболел вчера вечером, повысилась температура до 39º С, появился озноб и все перечисленные жалобы.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, "охающее" дыхание, частота дыхания до 40 в мин, кожные покровы бледные, отмечается румянец правой щеки. Выражен цианоз носогубного треугольника, лимфоузлы не увеличены. При осмотре грудной клетки правильной формы, отмечается некоторое отставание правой половины в акте дыхания. При перкуссии границы легких не изменены. Выявляется притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно дыхание резко ослаблено справа, хрипов нет, пульс 128 в мин. Живот правильной формы обычной конфигурации, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови Э-4,2х1012/л, L-14,0х109/л, П-8%, С-62%, Л-24%, М-3%, Нв-134 г/л, СОЭ-32 мм/час. Анализ мочи без патологии. На рентгенограмме — легочные поля правильной формы, усиление бронхососудистого рисунка. В нижней доле правого легкого гомогенное интенсивное затемнение. Синусы свободны, сердечная тень без особенностей.

Ильсур Ш., 7 лет, обратился к врачу с жалобами на подъем температуры до 38,5º С, выражены: общее недомогание, слабость, отсутствие аппетита. Больным ребенка считают в течение 2,5 недель, когда впервые повысилась температура до 39º С и появились боли в суставах. Припухлость сустава не отмечалась, боли носили "летучий" характер. Дважды было непродолжительное носовое кровотечение. Начало заболевания связывают с переохлаждением. За медицинской помощью не обращались, ребенок получал бисептол и панадол 5 дней. Около месяца назад мальчик перенес ОРЗ, лечился народными средствами. Из перенесенных заболеваний: 7 раз ангина, дважды бронхит, частые ОРЗ. Бабушка со стороны матери болеет ревматизмом.

Объективно: состояние средней тяжести, вялый, выражены бледность кожных покровов, умеренная пастозность нижних конечностей, одышка — частота дыханий до 30 в мин. Лимфоузлы без особенностей. Костно-мышечная система без патологии, суставы без видимых воспалительных изменений, активные и пассиные движения в полном объеме. В легких без патологии. Сердце — тоны приглушены, на верхушке выслушивается грубый дующий систолический шум, пульс 120 в мин. А/Д — 75/60. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Мочится 3-4 раза в день.

Анализ крови: Э-4,2х1012/л, L-14,0х109/л, П-6%, С-58%, Л-20%, М-3%, Э-1%, Нв-120г/л, СОЭ-42 мм/час, Тр-245х109/л, СРБ+++, общий белок 65%.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, удельный вес 1015, белок отрицательный, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечности, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание: сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. А/Д 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно.

Анализ крови: Эr-4,2х1012/л, тромбоциты -245х109/л, Нв-134 г/л, лейкоциты -10,8х109/л, П-8%, С-60%, Э-4%, Л-22%, М-6%, СОЭ-32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин, анализ мочи без патологии.

К фельдшеру обратились с ребенком 6 лет, он упорно кашляет в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразно, иногда приступ сопровождается рвотой. После кашля отделяется небольшое количество стекловидной мокроты. Ребенку прививки не делали, так как страдает аллергодерматозом с рецидивирующим течением. Общее состояние не нарушено, температура 36,6º С. Между приступами ребенок играет.

Девочка, 10 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 4-х лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением. Девочка от 1 нормально протекавшей беременности, родилась в срок с массой 3200 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До года ничем не болела. После года частые ОРЗ. Аллергологический анамнез не отягощен. Матери и отцу по 34 года. Отец страдает поллинозом.

Объективно: состояние девочки средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", размером от 0,5х1,0 см до 3х4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки кровь. Миндалины не выступают из-за дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочеспускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета. В анализе крови:   
Эр.-3,3х1012/л, Нв-85 г/л, тромбоциты 24,6х109/л, лейк.-8,0х10 9/л. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Реакция Грегерсена положительная. Анализ мочи без патологии.

Боря Е., 15 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные, приступообразные, иногда сверлящие боли в животе с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Длительность периода болей около 1 месяца. Аппетит не нарушен.

Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеспускание не нарушены.

Общие анализы мочи и крови без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария симптом "ниши" в антральном отделе желудка.

Девочка , 13 лет, обратилась на консультацию к нефрологу с жалобами на избыточную массу тела, появление в анализах мочи большого количества белка при попытке отказаться от приема глюкокортикоидов. Больна с 3-х лет, когда после перенесенной ангины появились отеки, олигурия и протеинурия до 14 г/л. С тех пор постоянно получает 15 мг преднизолона в сутки.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Кожа лица красная, на лбу, бедрах и боковой поверхности живота цианотичные стрии. Подкожно-жировой слой развит неравномерно: избыточное отложение в области лица, шеи, груди, живота. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны ясные, ритмичные. А/Д 115/60 мм рт ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеспускание не нарушены.

В общих анализах мочи без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет.

Вы – акушерка ФАП, на вызове у ребенка 3-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезоточение, температура тела 38.0º-38.3ºС.

Эпид.анамнез: ребенок начал прививаться с 2-х летнего возраста, проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита. Контакт с инфекционными больными отрицается.

При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

Вы – акушерка ФАП,, на вызове у ребенка 4-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел сегодня утром, повысилась температура тела до 37,8ºС, появился небольшой кашель и на всем теле красная пятнисто-папулезная сыпь на бледном фоне кожи, более густо сыпь покрывает ягодицы и наружные поверхности конечностей. В зеве – умеренная гиперемия, пальпируются болезненные затылочные и заднешейные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без изменений.

Вы – акушерка ФАП,, на вызове у ребенка 6 лет, посещающего детский комбинат. Заболел ночью, повысилась температура до 39,0ºС, появилась головная боль, боль в горле при глотании, утром на всем теле обнаружили красную сыпь.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,8ºС, на коже всего тела на гиперемированном фоне красная мелкоточечная сыпь со сгущениями в складках кожи и на щеках, носогубный треугольник бледный. В зеве, на фоне яркой гиперемии, на левой миндалине гнойный налет в лакунах. Язык обложен серым налетом, пульс 120 ударов в 1 мин.

Вы – акушерка ФАП, на вызове у ребенка 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры.

При осмотре: температура 38,0º С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 5 лет. Заболел остро, уже 2-й день температура 38,0-38,7ºС, понижен аппетит, вялость, бледность.

При осмотре: состояние средней тяжести, бледный, в зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек, миндалины отечны, на левой миндалине и на передней дужке плотные налеты сероватого цвета с четкими краями. Увеличены и умеренно болезненны подчелюстные лимфоузлы слева. Ребенок посещает детский сад.

Вы акушерка ФАП. В младшей группе у ребенка 3–х лет повысилась температура до 37,8ºС, небольшой насморк; на коже лица, груди, спины, на конечностях появилась сыпь в виде мелких пузырьков с прозрачным содержанием, несколько пузырьков расположены на волосистой части головы. В зеве – умеренная гиперемия.

Вы – акушерка ФАПа, на вызове у ребенка 6 лет. Болен 2-й день. Повысилась температура до 38,0ºС, беспокоят боли в животе во время и перед актом дефекации. Стул жидкий с примесью слизи, частый до 10 раз в сутки, во время акта дефекации ребенок тужится.

При осмотре: состояние средней тяжести, бледный, живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области, там же пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Ребенок посещает детский комбинат.

Вы – акушерка ФАПа, пришли на вызов к мальчику 3-х лет. Со слов мамы, ребенок болен 3-й день. Сначала был насморк, кашель, а сегодня повысилась температура до 38,2ºС, стал плохо кушать, кашель усилился и носит характер сухого, болезненного.

При осмотре: в зеве – умеренная гиперемия, налетов нет. В легких на фоне жесткого дыхания спереди и в задненижних отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы. Частота дыхания – 22 раза в 1 минуту, пульс – 110 уд. в 1 мин.

Вызов акушерки ФАПа к мальчику, 1 год 3 мес. Болен 3-й день. Со слов мамы отмечалось повышение температуры до 37,5ºС, обильные слизистые выделения из носа. Был капризен, плохо кушал. Со вчерашнего вечера появился кашель. Сегодня во время осмотра температура 37,4ºС, малыша беспокоит влажный, но малопродуктивный кашель. Дыхание шумное, свистящее, выдох удлинен. Отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании. Перкуторно – над легкими коробочный звук, при аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются свистящие сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Частота дыхания 35 в 1 мин., пульс 120 уд. в 1 мин. Со стороны других внутренних органов и систем – без особенностей.

Вы – акушерка ФАПа, пришли проверить состояние ребенка 8 мес., который 3 дня лечится по поводу острого респираторного заболевания по согласованию с педиатром ЦРБ. Температура в эти дни держалась 37,4-37,6º С, отмечался нечастый сухой кашель, обильные слизистые выделения из носа.

Сегодня при осмотре: состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,8ºС, усилился кашель, дыхание стало «тяжелым», учащенным до 60 раз в 1 мин., при плаче появляется цианоз носогубного треугольника. Пульс 120 уд. в 1 мин.

К акушерке ФАПа обратилась мать 6-летнего ребенка. Она рассказала, что у девочки последние два месяца отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Ребенку 10 мес. Заболел остро. Повысилась температура до 38,9ºС. Состояние резко ухудшилось, стал очень вялым, была однократная рвота, отказывается от еды. Мочится часто, небольшими порциями, во время акта мочеиспускания беспокоится.

В анализе мочи: белок – следы, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 70-90 в поле зрения.

Из мочи выделена кишечная палочка, титр 500.000 микробных тел в 1 мл.

На ФАП, под Ваше наблюдение из другой местности прибыл ребенок 7 мес. История развития утеряна при переезде.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледной окраски, большой родничок 2,0 на 2,0 см., края слегка податливы. Отмечается увеличение теменных и лобных бугров, грудная клетка уплощена с боков, на ребрах пальпируются «четки». Умеренно выражена гипотония мускулатуры: ребенок не сидит, не ползает, при попытке посадить выявляется симптом «складного ножа». Со стороны внутренних органов: дыхание пуэрильное, пульс – 120 ударов в 1 минуту, тоны сердца слегка приглушены, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Стул, мочеиспускание – без особенностей.

Вы акушерка ФАПа, 20 детям старшей группы перед проведением I ревакцинации БЦЖ поставлена проба Манту с 2ТЕ. У 5 детей она оказалась положительной, у 15 – отрицательной.

Вы – акушерка ФАПа. При проведении патронажа к ребенку 3-х недельного возраста Вы обнаружили налет в виде творожистых кружков, располагающихся на языке, слизистой щек. Эти налеты легко снимаются.

При осмотре: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,5º С, сосет активно, живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме.

Ребенку 5 мес. Вчера остро заболел: температура 38º С, рвота многократная, частый жидкий водянистый стул. Потерял в весе более 500 гр., родничок запавший, заострившиеся черты лица, снижен тургор тканей.

В больницу поступил ребенок 8 месяцев, вскармливание искусственное, болен 3 день. Рвота 5 раз, стул 10 раз водянистый. Температура 38ºС, за все это время потерял в весе 800 гр. Состояние тяжелое: вялый, бледный. Снижен тургор кожи, запавший родничок.

Ребенку 7 лет, посещает школу. Учительница отмечает, что в течение последней недели ребенок стал плаксивым, гримасничает на уроках, изменился почерк.

Ребенку 10 лет. В последнее время отмечаются повышенная утомляемость, снижение аппетита, потливость, периодические подъемы температуры до субфебрильной. При флюорографии выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов.

В пионерском лагере, где вы работаете медсестрой, к вам обратился мальчик, 10 лет, с жалобами на головную боль, появление мочи необычного красного цвета. При осмотре: на лице под глазами отеки. Мальчик считает, что заболел после купания в реке (в лагере находится 7 дней).

У ребенка наблюдались сукровичные выделения из пупочной ранки. В течение одного дня состояние ребенка изменилось: стал вялым, заторможенным, кожа приобрела серо-землистый оттенок. Т=37,3º С. Вокруг пупочной ранки зона гиперемии. Сосуды передней и брюшной стенки резко контурированы. Из пупочной ранки появилось гнойное отделяемое.

Ребенок 2,5 лет болен третий день. Температура 38,2º С. Кожа слегка бледная, цианоз носогубного треугольника. Напряжены крылья носа, заболевание началось с респираторного синдрома. Вызванный на дом врач при осмотре ребенка обнаружил — число дыхательных движений 32 в мин. Дыхание над всей поверхностью легких ослаблено. Прослушиваются диффузно-мелкопузырчатые влажные хрипы. Перкуторно — легкое укорочение звука над прикорневыми областями.

Во время очередного посещения поликлиники ребенком 1 года врач обратил внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, неактивен, потерял аппетит. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное — молочная пища (мать еще дважды в день дает ребенку грудь), фрукты и овощи мать предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок хорошо прибавлял в весе, что радовало мать.

Саша М., 15 лет, заболел остро: поднялась температура-38º С, боли при жевании, отдающие в левое ухо. В левой околоушной области припухлость, кожа над ней обычной окраски.

Сережа К. 3 лет заболел остро с подъемом температуры до 38,8º С, отмечались однократная рвота, головная боль, боли при глотании, к концу суток появилась сыпь. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 39,9º С. На коже обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне. Белый дермографизм, язык обложен налетом. Зев ярко гиперемирован.

В приемное отделение больницы доставлен мальчик, 14 лет, наблюдавшийся фельдшером по месту жительства. Диагноз при направлении в стационар — грипп, пневмония, аллергическая сыпь. Болен 5 дней. Температура 39,6º С -40º С. Кашель, конъюнктивит, на 5-ый день болезни появилось пятнистая сыпь на лице и шее.

# 

# Задачи по оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях

#### Решите задачи по алгоритму

1. Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка
2. Составьте алгоритм доврачебной помощи.

Девочка 9 лет страдает сахарным диабетом. Получает утром 20 ЕД. инсулина. После введения инсулина, опаздывая в школу, не позавтракала. На первом уроке внезапно появились судороги, потеряла сознание. Кожа влажная, дыхание поверхностное, зрачки расширены, клонико-тонические судороги.

Мальчик 6 лет состоит на диспансерном учете по поводу сахарного диабета, получает инсулин. Заболел гриппом. На 3-й день заболевания появились жажда, заторможенность. Доставлен в больницу в тяжелом состоянии, изо рта запах ацетона, язык сухой. Определяется гипотония мышц, потеря сознания.

Вызов к ребенку 9 месяцев. Накануне был насморк, сухой кашель. Температура 37,5º С. У ребенка проявления экссудативного диатеза. Ночью внезапно проснулся и стал беспокойным, появились лающий кашель, удушье, затруднен вдох. Голос осипший. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, ребенок беспокоен. На щеках шелушение, гиперемия кожи. Из носа серозное отделяемое. В зеве гиперемия. В легких сухие хрипы на фоне жесткого дыхания. В дыхании участвуют вспомогательные мышцы.

При взятии крови из пальца у ребенка появились слабость, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 60/40 мм рт.ст.

.

Мать ребенка, 1,5 лет, обратилась к соседке-акушерке по поводу высокой температуры у ребенка: 39º С. Медсестра сделала внутримышечно инъекцию пенициллина 200 тыс. ЕД (ранее ребенок антибиотиков не получал). Через несколько минут на месте инъекции появились: гиперемия кожи, на груди выступила сыпь типа крапивницы.

Ребенку 4-х месяцев в процедурном кабинете детской поликлиники сделали вторую прививку АКДС-вакциной. Внезапно ребенок стал беспокойным, резко побледнел, появилась одышка, высыпания на коже типа крапивницы, потерял сознание.

У ребенка 8 лет, находящегося на стационарном лечении, под утро появился приступ удушья с затруднением выдоха, частым сухим кашлем; дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы.

В приемное отделение доставлен ребенок 2-х лет с носовым кровотечением, которое дома продолжалось уже около 1 часа. Мать сообщила, что подобное состояние наблюдалось 6 месяцев назад. Тогда мальчик лечился в стационаре с диагнозом — гемофилия А.

Ребенок 5 лет длительное время находился на солнце. К вечеру у него заболела голова: началось носовое кровотечение.

Ребенок родился с массой тела 3000 г, оценка по шкале Апгар — 5 баллов, число сердечных сокращений — 100 в минуту, число дыхательных движений — 30 в минуту, цвет кожных покровов цианотичный, ребенок вялый.

Патронажная сестра при посещении ребенка 9 месяцев обнаружила у него повышение температуры тела до 39,2º С. Кожные покровы гиперемированы, кисти и стопы горячие на ощупь.

Мать 9-месячного ребенка рассказала патронажной медсестре, что у него со вчерашнего дня наблюдаются насморк, повышение температуры тела до 37,2º С. Ночью ребенок проснулся, был беспокоен, плакал. При осмотре температура тела 38,5º С, голос осипший, появился громкий "лающий" кашель, ребенок начал задыхаться, затруднен вдох, в легких прослушиваются сухие хрипы.

Ребенок 13 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, неоднократно находился на лечении в стационаре. Утром, собираясь в школу, заметил у себя темный дегтеобразный стул. Появилась слабость, головокружение, шум в ушах.

Ребенок в возрасте 10 лет во время игры ударился грудью. Жалуется на боль в груди, при кашле выделяется кровянистая мокрота.

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

Ребенок 6 лет в связи с заболеванием острым гнойным отитом получал с 17/1 инъекции пенициллина по   
350 тыс. 2 раза в день внутримышечно. 22/1 состояние ребенка ухудшилось, температура повысилась до 39º С, появились головная боль, тошнота, зуд, лицо отечное.

На коже груди, живота, поясницы и конечностей появилась обильная уртикарная и местами кореподобная сыпь. Лимфатические узлы (шейные, подчелюстные) величиной с фасоль, плотные и слегка болезненные. Тоны сердца приглушены.

Мальчик 12 лет доставлен на ФАП с указанием на отравление атропином. При осмотре отмечается беспокойство, нарушение координации, сухость кожи и слизистых оболочек, гиперемия лица, расширение зрачков, повышение АД, тахикардия.

Ребенок, 7 лет, находится у невропатолога по поводу эпилепсии. Принимал ежедневно таблетки фенобарбитала. На каникулы уехал в деревню к родственникам, забыл взять таблетки фенобарбитала. Вечером после игры в футбол появились клонико-тонические судороги.

Коле 6 лет, остался один дома. Достал домашнюю аптечку, в которой были разные лекарственные препараты, в том числе таблетки быстрорастворимого аспирина. Он растворил несколько таблеток в стакане воды и выпил. Пришла мама. Коля стал жаловаться на шум в ушах, ему хотелось спать. При общении с ребенком мама отметила спутанное сознание, неожиданно началась рвота, мальчика начало лихорадить.

Вызов к ребенку 2-х месяцев. В течение дня была рвота 5 раз, стул 10 раз водянистый. Температура 38º С градусов. Состояние тяжелое, ребенок вялый. Кожа сухая бледная, складки расправляются плохо, снижен тургор мягких тканей, большой родничок запавший.

Вызов на дом машины “скорой помощи” к ребенку 3-х лет, болен третий день, за медицинской помощью не обращались. Ночью поднялась температура до 38,5 º С градусов, ребенок проснулся, стал беспокойным, появился лающий кашель. При осмотре в зеве отмечается гиперемия зева, затруднен вдох.

Вызов к ребенку 10 лет. Перенес 1 год назад повторную ревматическую атаку. Периодически жалуется на боли в области сердца, одышку при подъеме на лестницу, быструю утомляемость. В последнее время состояние резко ухудшилось, появились отеки на ногах.

Девочка 5 лет страдает пищевой аллергией, под Новый год без спроса съела целую плитку шоколада. Через 30 минут поднялась температура до 39,0º С, на коже появилась обильная папулезная сыпь, которая сопровождалась сильным зудом.

Акушерку ФАПа вызвали к ребенку 8 мес. Болен со вчерашнего дня, появились срыгивания, рвота многократная, частый, жидкий водянистый стул с примесью слизи. Состояние ребенка тяжелое. Температура 38,0º С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, эластичность снижена. Видимые слизистые сухие, яркие. Большой родничок запавший, черты лица заострились. Частота дыхания 52 в 1 мин., пульс 120 уд./мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Живот умеренно вздут, мочится редко.

Ребенок 10 лет, страдающий сахарным диабетом, получает инсулин. После одной из инъекций инсулина ребенок пожаловался на сильную головную боль, общую слабость, дрожание конечностей, потливость, чувство голода.

Вы — акушерка ФАПа на вызове у ребенка 4-х месяцев. Сегодня внезапно утром у него повысилась температура до 39,0º С, стал беспокойным, отказывается от груди, на коже появилась сыпь.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый, окружающим не интересуется, температура 40,0º С, кожные покровы бледные, высыпания геморрагические, звездчатого характера, размером 3-5 мм., располагаются на ягодицах, бедрах, голенях, веках. Тахикардия. Приглушенность тонов сердца. При любом прикосновении ребенок беспокоится, плачет.

Эпид. анамнез: у матери неделю назад был насморк, першило в горле.

У девочки 12 лет во время взятия крови из вены на биохимический анализ внезапно появилась слабость, головокружение, тошнота, резко побледнела, кожа покрылась холодным липким потом. Ребенок медленно опустился на пол, потерял сознание. Пульс нитевидный, 60 уд./мин.

А/Д 60/30 мм рт.ст.

Дыхание поверхностное, 20 в 1 мин.

Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена.

Акушерку ФАПа вызвали к ребенку 2,5 лет. Заболел остро. На фоне повышения температуры тела до 38,2º С, нарушения общего состояния появились грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, затруднение дыхания.

Объективно: дыхание шумноватое, отмечается незначительное втяжение уступчивых мест грудной клетки, усиливающееся при беспокойстве. ЧДД 28 в минуту. В зеве – яркая гиперемия задней стенки глотки. Над легкими — жесткое дыхание. Со стороны других внутренних органов – без особенностей.

Акушерку ФАП вызвали ребенку 1 год 2 месяца по поводу возникновения приступа судорог, длящегося уже минут 20.

При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Ножки полусогнуты в тазобедренных и коленных суставах, стопы в состоянии резкого подошвенного сгибания, отмечается их отечность, мышцы кистей рук тонически напряжены, рука напоминает «руку акушера».

Акушерку ФАП вызвали к ребенку 8 лет. Состояние тяжелое, беспокоит одышка. Мальчик занимает вынужденное положение – сидит, опираясь руками о край кровати. Дыхание шумное, слышное на расстоянии, выдох резко затруднен и удлинен. Грудная клетка вздута. Частота дыхания – 32 в 1 минуту, пульс – 120 уд./мин. При аускультации в легких на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие сухих и разнокалиберных влажных хрипов с обеих сторон, сердечные тоны приглушены.

Акушерку ФАПа вызвали к 1,5-годовалому ребенку, приехавшему в гости. Примерно час назад, во время плача, у него появился затрудненный вдох, далее прекратилось дыхание, ребенок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось. При осмотре аналогичный приступ повторился.

Из анамнеза Вы выяснили, что ребенок родился недоношенным, с месяца – на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал сидеть с 8-ми месяцев, ходить с 1 года 4 мес., зубы прорезались в 12 месяцев. У малыша выражены теменные и лобные бугры, отмечается О-образное искривление нижних конечностей.

Вы сделали инъекцию пенициллина ребенку 7 лет. Через 2 мин. ребенок резко побледнел, пожаловался на резкую слабость, тошноту, покрылся холодным потом, появилось удушье, ребенок потерял сознание.

Акушерку ФАП вызвали к заболевшему ребенку 8 месяцев. Болен 2-ой день. Беспокоит сухой кашель, обильные выделения из носа слизистого характера. Температура вчера днем 37,8º С, вечером – 38,8º С.

При осмотре: температура – 39,2º С. Вялый, капризный. Кожа сухая, розовая, горячая на ощупь, на щеках – яркий румянец. Частота дыхания – 40 в мин., пульс – 150 уд./мин. По органам: яркая гиперемия в зеве, жесткое дыхание, тоны сердца приглушены.

.

**Задания в тестовой форме**

### Аномалии конституции (диатезы)

1. Атопический дерматит у детей характеризуется поражением

а) ЦНС

б) сердца

в) почек

г) кожи

1. Фактором риска атопического дерматита у детей является

а) инфекция

б) перегревание

в) переохлаждение

г) наследственная отягощенность

1. Манифестации атопического дерматита у детей способствует употребление продукта-гистаминолибератора

а) грудного молока

б) кефира

в) клубники

г) яблочного сока

1. Проявлению атопического дерматита у детей способствует избыточное употребление

а) углеводов

б) поваренной соли

в) жиров

г) жидкости

1. При лечении атопического дерматита у детей применяют препараты

а) антимикробные

б) антигистаминные

в) диуретики

г) гипотензивные

1. При аллергическом диатезе у ребенка из питания исключают

а) цитрусовые

б) кефир

в) яблочный сок

г) кабачковое пюре

1. Лимфатико-гипопластический диатез у детей характеризуется увеличением лимфатических узлов и

а) сердца

б) щитовидной железы

в) вилочковой железы

г) почек

1. При лимфатико-гипопластическом диатезе у детей отмечается гипофункция

а) вилочковой железы

б) поджелудочной железы

в) надпочечников

г) печени

1. Причина внезапной смерти у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом — недостаточность

а) дыхательная

б) сердечная

в) почечная

г) надпочечниковая

1. При лимфатико-гипопластическом диатезе детям рекомендуют адаптоген

а) димедрол

б) женьшень

в) гепарин

г) эуфиллин

1. При нервно-артритическом диатезе у ребенка нарушается обмен

а) белка

б) билирубина

в) мочевой кислоты

г) углеводов

1. Характерное проявление нервно-артритического диатеза у детей

а) приступ рвоты

б) приступ удушья

в) отеки

г) желтуха

**Гипотрофия**

1. При гипотрофии I степени дефицит массы тела ребенка составляет (в %)

а) 1-5

б) 5-10

в) 11-20

г) 21-30

1. При гипотрофии III степени дефицит массы тела ребенка составляет (в %)

а) 5-10

б) 11-20

в) 21-30

г) свыше 30

1. При лечении дисбактериоза у детей назначают эубиотик

а) бисептол

б) бифидумбактерин

в) димедрол

г) панзинорм

1. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой исчезает

а) на животе

б) на животе и конечностях

в) на животе, конечностях и лице

г) только на лице

### Рахит

1. Рахит у детей развивается вследствие дефицита витамина

а) A

б) B

в) C

г) D

1. При рахите у ребенка нарушается обмен

а) калия, магния

б) кальция, фосфора

в) калия, железа

г) кальция, железа

1. Потливость, облысение затылка у ребенка наблюдаются при

а) рахите

б) потнице

в) опрелости

г) менингите

1. Размягчение костей черепа, уплощение затылка у ребенка наблюдаются при

а) менингите

б) менингоэнцефалите

в) рахите

г) энцефалите

1. Выраженные лобные и затылочные бугры у ребенка характерны для

а) родовой травмы

б) менингита

в) рахита

г) энцефалопатии

1. Образование "четок" на ребрах, "куриная грудь" наблюдаются при

а) родовой травме

б) рахите

в) бронхиальной астме

г) дисбактериозе

1. При рахите у ребенка наблюдаются

а) артриты

б) переломы

в) гемартрозы

г) О-, Х-образные ноги

1. Профилактическая доза витамина D ребенку составляет (МЕ)

а) 300

б) 400

в) 500

г) 800

### Спазмофилия

1. Характерными признаками спазмофилии у детей являются

а) отеки

б) судороги

в) запоры

г) кровоизлияния

1. Судороги при спазмофилии у детей обусловлены изменениями в крови

а) повышение уровня железа

б) понижение уровня железа

в) повышение уровня кальция

г) понижение уровня кальция

1. Симптомы Хвостека и Труссо являются признаками

а) бронхиальной астмы

б) порока сердца

в) скрытой спазмофилии

г) дисбактериоза

1. Сдавленный "петушиный" крик на вдохе у ребенка наблюдается при

а) бронхиальной астме

б) бронхите

в) ларингоспазме

г) фарингите

1. Генерализованные тонико-клонические судороги у детей развиваются при

а) скрытой спазмофилии

б) ларингоспазме

в) карпопедальном спазме

г) экламптическом приступе

### Наследственные заболевания

1. Брахицефалия, косой разрез глаз, плоское лицо, поперечная складка на ладони характерны для

а) болезни Дауна

б) фенилкетонурии

в) гемофилии

г) рахита

1. Светлая кожа, голубые глаза, рыжие волосы, "мышиный" запах характерны для

а) болезни Дауна

б) гемофилии

в) рахита

г) фенилкетонурии

1. Проба Феллинга проводится ребенку для диагностики

а) болезни Дауна

б) гемофилии

в) фенилкетонурии

г) сахарного диабета

1. При фенилкетонурии в питании ребенка исключают

а) морковь

б) печень

в) капусту

г) томаты

#### Эталоны ответов

38 г, 39 г, 40 в, 41 а, 42 б, 43 а, 44 в, 45 в, 46 г, 47 б, 48 в, 49 а, 50 в, 51 г, 52 б, 53 б, 54 г, 55 б, 56 а, 57 в, 58 в, 59 б, 60 г, 61 в, 62 б, 63 г, 64 в, 65 в, 66 г, 67 а, 68 г, 69 в, 70 б.

## Болезни детей старшего возраста

### Болезни органов дыхания

1. Анатомические особенности евстахиевой трубы у ребенка, способствующие частому развитию отита

а) короткая и широкая

б) короткая и узкая

в) длинная и широкая

г) длинная и узкая

1. Кратковременная остановка дыхания у детей

а) апноэ

б) брадипноэ

в) тахипноэ

г) асфиксия

1. Наиболее частая причина острого бронхита у детей

а) бактерии

б) вирусы

в) простейшие

г) грибы

1. Ведущий клинический симптом обструктивного бронхита у детей

а) боль в грудной клетке

б) лихорадка

в) одышка

г) слабость

1. Основной симптом острого бронхита у детей

а) слабость

б) недомогание

в) снижение аппетита

г) кашель

1. При обструктивном бронхите у детей развивается

а) инспираторная одышка

б) экспираторная одышка

в) дыхание Куссмауля

г) дыхание Чейна-Стокса

1. Лихорадка, одышка, кашель, локальное укорочение перкуторного звука у детей характерны для

а) острого бронхита

б) хронического бронхита

в) острой пневмонии

г) бронхиальной астмы

1. Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии

а) интерстициальной

б) очаговой

в) сегментарной

г) крупозной

1. Решающее значение в диагностике пневмонии у детей имеет

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) рентгенография легких

г) спирография

1. Для определения этиологического фактора пневмонии у ребенка следует провести

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) рентгенографию легких

г) посев мокроты

1. Этиотропная терапия пневмонии у детей — применение препаратов

а) противомикробных

б) десенсибилизирующих

в) отхаркивающих

г) бронхолитических

1. Бронхиальная астма у ребенка характеризуется

а) лихорадкой

б) судорогами

в) приступом удушья

г) отеками

1. Для купирования приступа бронхиальной астмы у детей используют β-адреномиметик

а) димедрол

б) интал

в) преднизолон

г) сальбутамол

1. Для профилактики приступов бронхиальной астмы у детей применяют

а) пипольфен

б) интал

в) эуфиллин

г) эфедрин

1. Сестринское вмешательство при приступе бронхиальной астмы

а) введение эуфиллина

б) проведение отвлекающих процедур

в) введение антибиотиков

г) проведение оксигенотерапии

1. Воспаление слизистой оболочки полости носа и глотки у детей – это

а) ринит

б) назофарингит

в) ларингит

г) ларинготрахеит

1. Клинические симптомы назофарингита у детей

а) отеки

б) желтуха

в) кровотечения

г) кашель

1. При назофарингите у детей применяется

а) оксигенотерапия через пеногасители

б) оксигенотерапия

в) полоскание горла отваром ромашки

г) полоскание горла физраствором

1. Осложнение ларинготрахеита

а) пилоростеноз

б) стеноз гортани

в) пневмоторакс

г) плеврит

1. Причина затруднения дыхания при остром рините у детей

а) отек слизистой, гиперсекреция слизи

б) отек слизистой, гиперсекреция мокроты

в) атрофия слизистой, гиперсекреция слизи

г) атрофия слизистой, гиперсекреция мокроты

1. Возможное осложнение ринита у грудных детей

а) отит

б) асфиксия

в) ложный круп

г) ангина

1. При остром рините детям раннего возраста вводятся лекарственные препараты

а) антибактериальные

б) антигистаминные

в) сосудосуживающие

г) сосудорасширяющие

1. При остром рините действие сосудосуживающих препаратов направлено на

а) уменьшение отека слизистой носа

б) увеличение отека слизистой носа

в) уменьшение температуры тела

г) отхождение мокроты

1. Ведущим симптомом при остром отите у детей является

а) кашель

б) одышка

в) боль в грудной клетке

г) боль в ухе

1. При остром отите у детей применяют

а) горчичники

б) банки

в) холодный компресс на область уха

г) согревающий компресс на область уха

1. Стенотическое дыхание, изменение тембра голоса, грубый кашель наблюдается у детей при

а) ларингостенозе

б) трахеите

в) бронхите

г) пневмонии

1. Тактика медицинской сестры при угрозе стеноза гортани у ребенка вне лечебного учреждения

а) направление в поликлинику

б) срочная госпитализация

в) проведение оксигенотерапии

г) назначение физиотерапевтических процедур

1. При остром бронхиолите у детей развивается выраженная недостаточность

а) дыхательная, сердечно-сосудистая

б) дыхательная, почечная

в) печеночная, почечная

г) печеночная, надпочечниковая

1. При остром бронхите у детей применяют отхаркивающую микстуру с

а) термопсисом

б) толокнянкой

в) валерианой

г) пустырником

1. При уходе за ребенком с острым бронхитом для лучшего отхождения мокроты медсестра осуществляет

а) оксинотерапию

б) оксинотерапию через пеногасители

в) постановку горчичников на грудную клетку

г) вибрационный массаж, постуральный дренаж

#### Эталоны ответов

 1 а,  2 а,  3 б,  4 в,  5 г,  6 б,  7 в,  8 г,  9 в,  10 г,  11 а,  12 в,  13 г,  14 б,  15 б,  16 б,  17 г,  18 в,  19 б,  20 а,  21 а,  22 в,  23 а,  24 г,  25 г,  26 а,  27 б,  28 а,  29 а,  30 г.

### Болезни органов кровообращения у детей

1. Причина относительно низкого АД у детей

а) малый объем левого желудочка, широкие артерии

б) малый объем левого желудочка, узкие артерии

в) большой объем левого желудочка, широкие артерии

г) большой объем левого желудочка, узкие артерии

1. При ревматизме у детей преимущественно поражается ткань

а) эпителиальная

б) соединительная

в) мышечная

г) нервная

1. Наиболее часто ревматизм развивается у детей в возрасте (лет)

а) 1–3

б) 3–6

в) 7–15

г) 15–17

1. Ведущая роль в развитии ревматизма у детей принадлежит

а) кишечной палочке

б) синегнойной палочке

в) золотистому стафилококку

г) β-гемолитическому стрептококку группы А

1. При ревматизме у детей преимущественно поражается

а) сердце

б) почки

в) печень

г) кишечник

1. Поражение нервной системы при ревматизме у детей проявляется развитием

а) анулярной эритемы

б) спазмофилии

в) эклампсии

г) хореи

1. Ведущий клинический симптом ревматического миокардита у детей

а) слабость

б) снижение аппетита

в) недомогание

г) боль в области сердца

1. Исход ревматического эндокардита у детей

а) гипотрофия

б) пневмония

в) порок сердца

г) анемия

1. Ревматическая хорея у детей проявляется

а) гиперкинезами

б) ларингоспазмом

в) пилоростенозом

г) удушьем

1. Ревматический полиартрит у детей характеризуется поражением

а) суставов позвоночника

б) мелких суставов конечностей

в) крупных суставов конечностей

г) реберно-грудинных суставов

1. Этиотропная терапия при ревматизме у детей — применение препаратов

а) антибактериальных

б) гипотензивных

в) диуретических

г) противовоспалительных

1. Вторичная профилактика ревматизма у детей проводится

а) бициллином-5

б) димедролом

в) бисептолом

г) коргликоном

1. При ревматическом эндокардите у детей чаще поражается сердечный клапан

а) аортальный

б) митральный

в) пульмональный

г) трехстворчатый

1. Диагностика пороков сердца основывается на

а) общем анализе крови

б) биохимическом анализе крови

в) ультразвуковом исследовании сердца

г) велоэргометрии

1. К врожденным порокам сердца относится

а) тетрада Фалло

б) аортальная недостаточность

в) митральный стеноз

г) митральная недостаточность

1. Потенциальная проблема при ревматизме

а) деформация мелких суставов

б) деформация крупных суставов

в) развитие анкилоза

г) формирование порока сердца

1. Диета при сердечно-сосудистых заболеваниях в остром периоде

а) № 5

б) № 7

в) № 10

г) № 9

1. При отеке легких у детей проводится

а) оксигенотерапия

б) оксигенотерапия через пеногасители

в) постановка банок

г) постановка горчичников

1. Значение СОЭ у ребенка грудного возраста в норме составляет (в мм/час)

а) 2–3

б) 3–5

в) 5–8

г) 8–10

1. При уходе за ребенком с сердечной недостаточностью в питании следует ограничить

а) белки, жиры

б) белки, углеводы

в) жидкость, жиры

г) жидкость, поваренную соль

#### Эталоны ответов

1 а,  2 б,  3 в,  4 г,  5 а,  6 г,  7 г,  8 в,  9 а,  10 в,  11 а,  12 а, 13 б,  14 в,  15 а,  16 г,  17 в,  18 б,  19 б, 20 г.

### Болезни органов пищеварения у детей. Гельминтозы

1. Наиболее частый признак заболеваний органов пищеварения у детей

а) боль в животе

б) нарушение аппетита

в) диарея

г) потеря массы тела

1. Рвота у детей, возникающая натощак, имеющая кислый запах и слизистый характер, свойственна для

а) острого гастрита

б) хронического гастрита

в) язвенной болезни желудка

г) панкреатита

1. При остром гастрите рекомендуются

а) овощи, фрукты

б) слизистые супы, нежирные бульоны

в) творог, сметана, молоко

г) белый хлеб

1. Одной из наиболее частых причин гастрита у детей является

а) длительный прием салицилатов

б) пищевая аллергия

в) нерегулярное и неполноценное по составу питание

г) хронические заболевания печени и желчевыводящих путей

1. Ведущее значение в ранней диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей принадлежит

а) рентгенографии

б) ФГДС

в) лабораторным исследованиям

г) УЗИ

1. При лечении гастродуоденита у детей медсестра контролирует соблюдение диеты №

а) 1

б) 5

в) 7

г) 9

1. Первостепенное значение в лечении детей с гастритом имеет

а) режим

б) диетотерапия

в) назначение лекарственных средств

г) физиотерапия

1. При желудочно-кишечном кровотечении у ребенка медсестра в первую очередь обеспечит

а) экстренную транспортировку в стационар

б) промывание желудка раствором аминокапроновой кислоты

в) проведение гемостатической терапии

г) направление на ФГДС

1. Особое значение в развитии вторичных дискинезий желчевыводящих путей у детей придается

а) лямблиозу кишечника

б) перенесенной дизентерии

в) перенесенному сальмонеллезу

г) хроническому тонзиллиту

1. Для гипертонической формы дискинезий желчевыводящих путей у детей характерны боли в правом подреберье

а) ноющие, распирающие

б) схваткообразные, непродолжительные

в) постоянные тупого характера

г) усиливающиеся сразу после еды

1. Локализация боли при дискинезии желчевыводящих путей у детей

а) правое подреберье

б) правая подвздошная область

в) эпигастральная область

г) околопупочная область

1. Для установления формы дискинезии у детей широко применяется неинвазивный метод

а) обзорная рентгенография органов брюшной полости

б) эхография

в) дуоденальное зондирование

г) радиоизотопное исследование

1. При лечении ребенка с дискинезией желчевыводящих путей из диеты исключают

а) шоколад, цитрусовые

б) молоко, творог, неострый сыр

в) растительное масло (подсолнечное, оливковое)

г) овощи, фрукты

1. Сочетанное воспалительное заболевание желчного пузыря и протоков у детей — это

а) холецистит

б) холецистохолангит

в) дискинезия желчевыводящих путей

г) панкреатит

1. Возбудитель афтозного стоматита

а) грибы

б) вирус

в) бактерии

г) простейшие

1. При лечении кандидозного стоматита используют

а) интерферон, оксолиновую мазь

б) трипсин, химотрипсин

в) масло шиповника, облепихи

г) нистатин, 2% раствор соды

1. Санаторно-курортное лечение детям с заболеваниями органов пищеварения рекомендуют

а) в период обострения

б) сразу после стихания обострения

в) не ранее чем через 6 мес. после обострения

г) не ранее чем через 2 мес. после обострения

1. Фактором риска развития желчнокаменной болезни у детей является

а) высококалорийное нерегулярное питание

б) наследственные факторы

в) ожирение, сахарный диабет

г) дискинезия желчевыводящих путей

1. Наиболее частое осложнение язвенной болезни у детей

а) перфорация

б) кровотечение

в) малигнизация

г) пенетрация

1. Метод исследования при подозрении на дискинизию желчевыводящих путей

а) УЗИ желчных протоков, холецистография

б) эндоскопия

в) фракционно-желудочное зондирование

г) изотопный

1. Болевой синдром при заболеваниях желчевыделительной системы у ребенка провоцирует

а) перенесенное ОРВИ

б) переохлаждение

в) погрешность в диете

г) переутомление

1. При диспанцеризации хронического гастродуоденита противорецидивное лечение проводится

а) круглогодично в течение 3 лет

б) весной и осенью на протяжении месяца

в) летом и зимой

г) в зимний период

1. При хроническом гепатите ребенку назначают диету № 5

а) с дополнительным введением животного белка

б) с дополнительным введением растительного белка

в) с ограничением животного белка

г) с ограничением растительного белка

1. Перед подготовкой к УЗИ органов брюшной полости за три дня рекомендуют исключить продукты

а) отварное мясо

б) сдобу, молоко

в) сыр, творог

г) рыбу

1. Диета № 1а включает продукты

а) паровые котлеты

б) свежую сметану

в) сухарики

г) протертые овощи

1. Копрологическое исследование проводится в лаборатории

а) бактериологической

б) клинической

в) биохимической

г) иммунологической

1. Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для

а) острого панкреатита

б) острого холецистохолангита

в) хронического активного гепатита

г) желчной колики

1. Исследование кала на дисбактериоз проводится в лаборатории

а) клинической

б) биохимической

в) иммунологической

г) бактериологической

1. Ребенку с острым панкреатитом в первые дни назначается

а) голод

б) диета № 5а

в) диета № 5

г) диета № 9

1. Реинвазии характерны при заражении

а) аскаридами

б) карликовым цепнем

в) острицами

г) лямблиями

1. К развитию сахарного диабета у детей приводит хронический

а) гепатит

б) холецистохолангит

в) гастродуоденит

г) панкреатит

1. Воспалительно-дистрофическое заболевание, поражающее тонкую и толстую кишку у детей

а) проктит

б) тифлит

в) энтероколит

г) гастроэнтерит

1. Для диагностики аскаридоза исследуют

а) перианальный соскоб

б) фекалии

в) рвотные массы

г) мочу

1. Способствуют опорожнению кишечника у детей

а) черный хлеб, овощи

б) слизистые супы

в) теплые жидкости

г) крепкий чай

1. Эндоскопическое исследование всех отделов толстой кишки у детей

а) дуоденоскопия

б) колоноскопия

в) ректороманоскопия

г) ирригоскопия

1. Многократным промыванием желудка ребенку с острым энтероколитом

а) купируют болевой синдром

б) нормализуют КЩС

в) нормализуют функцию кишечника

г) максимально быстро удаляют зараженную пищу

1. При энтероколите детям назначают диету №

а) 1

б) 4

в) 5

г) 5а

1. Гельминтозы у детей – это заболевания, вызываемые

а) бактериями

б) грибами

в) простейшими

г) паразитическими червями

1. Зуд в перианальной области, как основной симптом гельминтоза у детей, характерен для

а) энтеробиоза

б) описторхоза

в) аскаридоза

г) трихоцефалеза

1. Нарушение питания, непроходимость кишечника у детей являются основными симптомами

а) аскаридоза

б) описторхоза

в) трихоцефалеза

г) энтеробиоза

1. Выявление яиц в соскобах кожи перианальной области у детей применяют для диагностики

а) описторхоза

б) лямблиоза

в) аскаридоза

г) энтеробиоза

1. Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей характерны для

а) энтеробиоза

б) аскаридоза

в) описторхоза

г) большинства гельминтозов

1. Для дегельминтизации у детей применяют

а) вермокс

б) карбенициллин

в) септрил

г) тавегил

1. Энтеробиоз у детей вызывается

а) аскаридами

б) острицами

в) лямблиями

г) кошачьей двуусткой

1. Гельминтоз, способствующий заболеваниям половых органов и мочевыводящих путей у детей

а) энтеробиоз

б) трихоцефалез

в) аскаридоз

г) лямблиоз

1. Фуразолидоном и метронидозолом проводят специфическое лечение детей с

а) описторхозом

б) лямблиозом

в) трихоцефалезом

г) аскаридозом

1. Продукты, препятствующие жизнедеятельности лямблий в кишечнике

а) сладкие блюда

б) мучные блюда

в) крупы

г) брусника и клюква

#### Эталоны ответов

1 а, 2 б, 3 б, 4 в, 5 б, 6 а, 7 б, 8 а, 9 а, 10 б, 11 а, 12 б, 13 а, 14 б, 15 б, 16 г, 17 в, 18 г, 19 б, 20 а, 21 в, 22 б, 23 а, 24 б, 25 г, 26 б, 27 а, 28 г, 29 а, 30 в, 31 г, 32 в, 33 б, 34 а, 35 б, 36 г, 37 б, 38 г, 39 а, 40 а, 41 г, 42г, 43 а, 44 б, 45 а, 46 б, 57 г.

### Болезни почек и мочевыделительной системы у детей

1. Распространенные периферические отеки, асцит в сочетании с массивной протеинурией у детей наблюдается при

а) дизурическом синдроме

б) нефротическом синдроме

в) гипертоническом синдроме

г) абдоминальном синдроме

1. Появление у детей одновременно с гематурией гипертензии, отеков характерно для

а) гломерулонефрита

б) цистита

в) пиелонефрита

г) нефроптоза

1. Для протеинурического варианта мочевого синдрома у детей характерно преобладание в моче

а) лейкоцитов

б) эритроцитов

в) сахара

г) белка

1. Уменьшение суточного объема мочи у ребенка — это

а) олигурия

б) анурия

в) полиурия

г) поллакиурия

1. Наиболее частый путь инфицирования у девочек при цистите

а) гематогенный

б) нисходящий

в) контактный

г) восходящий

1. У ребенка раннего возраста цистит возникает при несоблюдении

а) правил гигиены промежности

б) режима кормления

в) режима сна

г) температурного режима в помещении

1. Теплые сидячие ванночки с раствором антисептиков назначаются ребенку при

а) остром цистите

б) гломерулонефрите

в) нефроптозе

г) дисметаболической нефропатии

1. Бактериальное воспаление почечной ткани и слизистой оболочки лоханок у детей, сопровождающееся поражением канальцев, — это

а) гломерулонефрит

б) цистит

в) пиелонефрит

г) нефроптоз

1. Наиболее частой непосредственной причиной развития пиелонефрита у детей является

а) стрептококк

б) кишечная палочка

в) палочка сине-зеленого гноя

г) гонококк

1. Вторичный обструктивный пиелонефрит у детей развивается на фоне

а) аномалии почек и мочевых путей

б) обменных нарушений в организме

в) частичного иммунодефицитного состояния

г) свободного оттока мочи

1. Концентрационная способность почек у детей определяется результатом пробы

а) по Аддису-Каковскому

б) по Нечипоренко

в) ортостатической

г) по Зимницкому

1. Интоксикация, боли в животе и поясничной области, положительный симптом Пастернацкого у детей старшего возраста наблюдаются при

а) дисметаболической нефропатии

б) цистите

в) пиелонефрите

г) вульвовагините

1. Пиелонефрит часто встречается в возрасте

а) школьном

б) грудном

в) дошкольном

г) подростковом

1. Высокая лейкоцитурия и бактериурия у детей характерны для

а) пиелонефрита

б) гломерулонефрита

в) опухоли почек

г) цистита

1. Строгий постельный режим показан ребенку с пиелонефритом

а) в первые 3 дня болезни

б) в острый период заболевания

в) до полного выздоровления

г) в период бактериурии

1. Лечебное питание ребенка с пиелонефритом строится по принципу

а) молочно-растительной диеты с умеренным ограничением белка и соли

б) усиленного белкового питания

в) бессолевой диеты

г) молочно-растительной диеты с ограничением сахара

1. Ребенок, больной пиелонефритом, в процессе лечения должен мочиться

а) редко

б) часто

в) не имеет значения как

г) соответственно возрасту

1. Фитотерапия в лечении пиелонефрита у детей является

а) основным средством

б) вспомогательным средством

в) противопоказана

г) этиотропным средством

1. При хронизации пиелонефрита у детей

а) прогноз благоприятный

б) может развиться ОПН

в) может развиться вторичное сморщивание почек (ХПН)

г) всегда наступает выздоровление

1. Этиотропной терапией при остром пиелонефрите у детей является

а) антибактериальная терапия

б) фитотерапия

в) физиотерапия

г) витаминотерапия

1. Наиболее тяжелым по течению и исходу среди заболеваний почек у детей является

а) дисметаболическая нефропатия

б) пиелонефрит

в) гломерулонефрит

г) нефроптоз

1. Развитие гломерулонефрита у детей в последнее время чаще отмечается после инфекции

а) стафилококковой

б) стрептокковой

в) колибацилярной

г) протейной

1. При гломерулонефрите у детей иммунные комплексы антиген–антитело поражают

а) петлю Генле

б) канальцы

в) клубочки

г) чашечки

1. Для контроля за динамикой отечного синдрома при гломерулонефрите у детей следует

а) ограничить прием жидкости

б) назначить бессолевую диету

в) регулярно определять массу тела ребенка и ежедневно измерять диурез

г) назначить принудительный ритм мочеиспусканий

1. Повышение АД у детей, особенно диастолического, характерно для

а) острого периода гломерулонефрита

б) острого периода пиелонефрита

в) латентного течения гломерулонефрита

г) латентного течения пиелонефрита

1. Изменение мочи при гломерулонефрите свидетельствует о

а) глюкозурии

б) протеинурии

в) лейкоцитурии

г) бактериурии

1. Длительное повышение АД при гломерулонефрите вызывает

а) астигматизм

б) миопию

в) изменения в глазном дне

г) дальнозоркость

1. Ребенку с любой формой гломерулонефрита в первую очередь назначают

а) антибактериальную терапию

б) строгий постельный режим и диету

в) гипотензивные и диуретические препараты

г) препараты цитостатического действия

1. В качестве патогенетической терапии детям с нефротической формой гломерулонефрита назначают

а) глюкокортикоиды с цитостатиками

б) антибиотики и сульфаниламиды

в) препараты хинолинового ряда

г) антиметаболиты с гепарином

1. Особенности диеты при гломерулонефрите

а) увеличение количества жидкости

б) обогащение животным белком

в) ахлоридная, гипохлоридная

г) высококалорийная

1. Ход амбулаторного лечения ребенка с гломерулонефритом контролируют анализами крови и мочи

а) еженедельно

б) 1 раз в 2 недели

в) ежемесячно

г) ежеквартально

1. Для исследования по методу Нечипоренко достаточно собрать мочи в мл

а) 100

б) 10

в) 200

г) суточное количество

1. Выделения из влагалища, гиперемия вульвы, зуд и следы расчесов наблюдаются у девочек при

а) цистите

б) уретрите

в) вульвовагините

г) пиелонефрите

1. Количество лейкоцитов, допустимое в общем анализе мочи

а) сплошь в поле зрения

б) 3-5 в поле зрения

в) 10-15 в поле зрения

г) 15-20 в поле зрения

1. При применении мочегонных препаратов рекомендуется употреблять

а) молочные продукты

б) мясо, рыбу

в) изюм, курагу

г) свежие фрукты

#### Эталоны ответов

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

### Болезни крови и кроветворных органов у детей

1. Хлороз у детей — это

а) своеобразная форма анемии у девочек в пубертатном периоде

б) проявление гемолитической болезни новорожденного

в) симптом железодефицитной анемии

г) симптом наследственной гемолитической анемии

1. Уровень гемоглобина у детей при среднетяжелой форме железодефицитной анемии ниже (г/л)

а) 110-120

б) 80-100

в) 66-80

г) 50-40

1. Уровень гемоглобина у детей при легкой форме железодефицитной анемии ниже (г/л)

а) 110-120

б) 90-100

в) 80-70

г) 50-60

1. Наиболее частая анемия в детском возрасте

а) белководефицитная

б) железодефицитная

в) постгеморрагическая

г) гемолитическая

1. Детям первого года жизни при анемиях легкой и среднетяжелой формы назначают железо в

а) инъекциях (феррум-лек)

б) капсулах (эрифер)

в) драже (ферроплекс)

г) сиропе (актиферрин)

1. Благоприятный прогноз наблюдается у детей с анемией

а) железодефицитной

б) белководефицитной

в) витаминодефицитной

г) апластической

1. При железодефицитной анемии может отмечаться склонность к употреблению

а) глины, мела

б) молочных продуктов

в) мясных продуктов

г) зелени, овощей

1. Заболевания крови с замедленной свертываемостью и повышенной кровоточивостью

а) гемолитическая анемия

б) тромбоцитопатия

в) тромбоцитопеническая пурпура

г) гемофилия

1. Гемофилия А у детей обусловлена недостаточностью в крови фактора

а) VI

б) VII

в) VIII

г) IX

1. Самое характерное проявление гемофилии, являющееся наиболее частой причиной инвалидизации у детей

а) кровоизлияние в мозг

б) гемартрозы

в) гемоторакс

г) геморрагическая сыпь

1. Для какого заболевания характерны частые кровотечения у мальчиков

а) тромбоцитопенической пурпуры

б) тромбоцитопатии

в) гемолитической анемии

г) гемофилии

1. Гемофилия у детей чаще проявляется в возрасте (годы жизни)

а) 1–2

б) 3–4

в) 5–6

г) 7–8

1. Наиболее часто встречаемый вид гемофилии

а) А

б) В

в) С

г) А и С

1. С целью гемостаза при гемофилии А у детей внутривенно вводят

а) эритромассу

б) аминокапроновую кислоту

в) криопреципитат

г) дицинон

1. С целью гемостаза при гемофилии у детей внутривенно применяют

а) консервированную донорскую кровь

б) тромбин

в) концентраты факторов VIII и IX

г) контрикал

1. При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только

а) внутривенно

б) внутримышечно

в) подкожно

г) внутрикожно

1. Ребенок с гемофилией должен постоянно наблюдаться

а) детским травматологом

б) гематологом специализированного центра

в) детским хирургом

г) главным врачом поликлиники

1. При простудных заболеваниях детям с гемофилией нельзя назначать

а) парацетамол

б) ацетилсалициловую кислоту

в) аскорбиновую кислоту

г) димедрол

1. Инвалидность оформляют детям, больным

а) гемофилией

б) железодефицитной анемией

в) гемолитической анемией

г) тромбоцитопенической пурпурой

1. Для тромбоцитопенической пурпуры у детей характерны

а) асимметрично расположенные петехиально-пятнистые геморрагические элементы

б) симметрично расположенные петехиально-пятнистые геморрагические элементы

в) асимметрично расположенные пятнисто-папулезные элементы

г) симметрично расположенные пятнисто-папулезные элементы

1. Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при

а) алиментарных анемиях

б) гемофилии

в) тромбоцитопенической пурпуре

г) геморрагическом васкулите

1. Препараты железа рекомендуют запивать

а) молоком

б) соком

в) чаем

г) минеральной водой

1. Для детей с тромбоцитопенической пурпурой типичны

а) носовые кровотечения

б) желудочно-кишечные кровотечения

в) легочные кровотечения

г) гематурия

1. Системное воспалительное заболевание капилляров, артериол и венул кожи, суставов, брюшной полости и почек с вовлечением в патологический процесс у детей системы крови — это

а) геморрагический васкулит

б) лейкоз

в) тромбоцитопатия

г) гемофилия

1. Симметрично расположенные пятнисто-папулезные высыпания на коже типичны для

а) тромбоцитопатии врожденной

б) тромбоцитопенической пурпуры

в) геморрагического васкулита

г) гемофилии

1. Из диеты у детей, больных геморрагическим васкулитом, исключают

а) животные жиры

б) белковое питание

в) сенсибилизирующие продукты

г) глюкозу и другие сахара

1. Общее название злокачественных заболеваний крови у детей

а) тромбоцитопатии

б) гемофилии

в) анемии

г) лейкозы

1. Сочетание анемического, геморрагического синдромов, интоксикации, генерализованного увеличения лимфатических узлов, гепатоспленомегалии типично для детей с

а) дефицитными анемиями

б) геморрагическим васкулитом

в) острым лейкозом

г) тромбоцитопенической пурпурой

1. Спленэктомию проводят при тяжелом течении

а) тромбоцитопенической пурпуры

б) гемофилии

в) геморрагическом васкулите

г) лейкозе

1. При уходе за детьми с лейкозом особенно большое внимание уделяют

а) лечебной физкультуре

б) санитарно-эпидемиологическому режиму

в) диетотерапии

г) режиму дня

#### Эталоны ответов

1 а, 2 б, 3 а, 4 б, 5 г, 6 а, 7 а, 8 г, 9 в, 10 б, 11 г, 12 а, 13 а, 14 в, 15 в, 16 а, 17 б, 18 б, 19 а, 20 а, 21 в, 22 б, 23 а, 24 а, 25 в, 26 в, 27 г, 28 в, 29 а, 30 б.

### Болезни эндокринной системы у детей

1. Важнейший этиологический фактор сахарного диабета у детей

а) переохлаждение

б) перегревание

в) избыточный прием белков

г) наследственная отягощенность

1. Клинические симптомы сахарного диабета у детей

а) полифагия, полидипсия, полиурия

б) лихорадка, кашель с мокротой

в) боль в пояснице, отеки

г) тахикардия, тремор, экзофтальм

1. При сахарном диабете у детей в общем анализе мочи наблюдаются

а) высокая относительная плотность, гематурия

б) высокая относительная плотность, глюкозурия

в) низкая относительная плотность, бактериурия

г) низкая относительная плотность, лейкоцитурия

1. Недиагностированный сахарный диабет у детей ведет к развитию комы

а) гипергликемической (диабетической)

б) гипогликемической

в) печеночной

г) уремической

1. Передозировка инсулина при лечении сахарного диабета у детей ведет к развитию комы

а) гипергликемической (диабетической)

б) гипогликемической

в) печеночной

г) уремической

1. Накрахмаленные пеленки у детей грудного возраста наблюдаются при

а) гломерулонефрите

б) пиелонефрите

в) сахарном диабете

г) гипотиреозе

1. Накрахмаленные пеленки у детей грудного возраста определяются из-за отложения на них кристаллов

а) белка

б) сахара

в) оксалатов

г) фосфатов

1. При сахарном диабете у детей на коже появляется

а) фурункулез

б) желтуха

в) анулярная эритема

г) акроцианоз

1. Для выявления скрытого сахарного диабета у детей проводится

а) общий анализ мочи

б) общий анализ крови

в) анализ мочи по Нечипоренко

г) тест толерантности к глюкозе

1. Гликемический и глюкозурический профиль исследуют детям при диагностике

а) болезни Дауна

б) пиелонефрита

в) сахарного диабета

г) фенилкетонурии

1. Для диагностики диабетической ретинопатии у детей необходима консультация

а) гематолога

б) окулиста

в) хирурга

г) фтизиатра

1. Для определения уровня глюкозы в крови ребенка следует направить в лабораторию

а) через 10 мин. после еды

б) через 20 мин. после еды

в) через 30 мин. после еды

г) натощак

1. Гликемия натощак у детей в норме составляет (ммоль/л)

а) 3,3-5,5

б) 5,5-7,7

в) 7,7-9,9

г) 9,9-11,11

1. Глюкотест используется для определения

а) ацетона в моче

б) ацетона в крови

в) сахара в моче

г) сахара в крови

1. Диета № 9 назначается детям при

а) бронхиальной астме

б) ревматизме

в) пиелонефрите

г) сахарном диабете

1. При лечении сахарного диабета у детей из питания исключают

а) нежирное мясо

б) кефир

в) гречневую крупу

г) конфеты

1. При лечении сахарного диабета у детей в питании разрешается

а) банан

б) виноград

в) свекла

г) хурма

1. При лечении сахарного диабета у детей сахар заменяют

а) фруктозой

б) медом

в) вареньем

г) конфетами

1. При лечении сахарного диабета у детей используют инсулин короткого действия

а) актрапид

б) инсулонг

в) ультраленте

г) ультралонг

1. При лечении сахарного диабета у детей используют инсулин длительного действия

а) актрапид

б) инсулрап

в) хоморап

г) ультралонг

1. При лечении сахарного диабета у детей рекомендуется растение, усиливающее действие инсулина

а) алтей

б) валериана

в) пустырник

г) черника

1. При проведении инсулинотерапии ребенок должен поесть через

а) 15-20 минут до инъекции

б) 30-40 минут до инъекции

в) 15-20 минут после инъекции

г) 30-40 минут после инъекции

1. Инсулин необходимо хранить при температуре (˚С)

а) от +4 до +6

б) от -6 до -4

в) от +10 до +12

г) от -10 до +12

1. Липодистрофия развивается при подкожном введении

а) димедрола

б) кордиамина

в) гепарина

г) инсулина

1. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе появляется при коме

а) гипергликемической

б) гипогликемической

в) печеночной

г) уремической

1. После инъекции инсулина у ребенка появились чувство голода, потливость, тремор. Это

а) гипергликемическая кома

б) гипогликемическая кома

в) первый период лихорадки

г) третий период лихорадки

1. При гипотиреозе отмечается функциональная недостаточность железы

а) поджелудочной

б) щитовидной

в) гипофиза

г) вилочковой

1. Йод необходим для выработки гормонов

а) инсулина

б) тестостерона

в) тироксина, трийодтиронина

г) тиреотропного

1. Для врожденного гипотиреоза характерны

а) гипервозбудимость, тремор конечностей

б) опережение физического и нервно-психического развития

в) преждевременное половое развитие

г) задержка физического и нервно-психического развития

1. Тест толерантности к глюкозе проводится при диагностике

а) гипотиреоза

б) скрытого сахарного диабета

в) явного сахарного диабета

г) фенилкетонурии

1. Новорожденным проводят скрининг-тест для выявления

а) тиреотоксикоза

б) врожденного гипотиреоза

в) сахарного диабета

г) адреногенитального синдрома

1. К группе риска по сахарному диабету относятся

а) дети с наследственной отягощенностью

б) недоношенные

в) с аномалией конституции

г) с гипотрофией

1. При лечении сахарного диабета инсулин вводится

а) внутривенно

б) внутримышечно

в) подкожно

г) внутрикожно

#### Эталоны ответов

1г, 2а, 3б, 4а, 5б, 6в, 7б, 8а, 9г, 10в, 11б, 12г, 13а, 14в, 15г, 16г, 17в, 18а, 19а, 20г, 21г, 22в, 23а, 24г, 25а, 26б, 27б, 28в, 29г, 30а, 31б, 32а, 33в.

## Организация ухода за детьми при инфекционных заболеваниях

1. Вирус гриппа обладает

а) гепатотропностью

б) пневмотропностью

в) нейротропностью

г) дерматропностью

1. Преимущественное поражение трахеи у детей происходит при

а) аденовирусной инфекции

б) гриппе

в) риновирусной инфекции

г) респираторно-синцитиальной инфекции

1. Судорожный синдром у детей чаще возникает при

а) аденовирусной инфекции

б) гриппе

в) риновирусной инфекции

г) респираторно-синцитиальной инфекции

1. Развитие ларингита с синдромом крупа у детей наблюдается при

а) аденовирусной инфекции

б) парагриппе

в) риновирусной инфекции

г) респираторно-синцитиальной инфекции

1. Конъюнктивиты, вовлечение лимфатической системы у детей характерны для клиники

а) аденовирусной инфекции

б) гриппа

в) риновирусной инфекции

г) респираторно-синцитиальной инфекции

1. После перенесенного инфекционного заболевания формируется иммунитет

а) активный, искусственный

б) пассивный, искусственный

в) пассивный, естественный

г) активный, естественный

1. Наибольшей контагиозностью обладает инфекция

а) дифтерия

б) менингококковая

в) скарлатина

г) корь

1. Ведущим признаком крупа у детей является

а) лихорадка

б) гиперемия лица

в) инспираторная одышка

г) экспираторная одышка

1. Наиболее частое осложнение ОРВИ у детей

а) пневмония

б) лейкоз

в) сахарный диабет

г) туберкулез

1. Медицинская сестра при уходе за ребенком с ОРВИ для уменьшения симптомов интоксикации применит

а) банки, горчичники

б) оксигенотерапию

в) обильное теплое питье

г) обливание прохладной водой

1. Для проведения оральной регидратации детям назначают

а) физраствор, гемодез

б) полиглюкин, гемодез

в) полиглюкин, реополиглюкин

г) "Оралит", "Регидрон"

1. В качестве этиотропного лечения при ОРВИ детям назначают препараты

а) противовирусные

б) противокашлевые

в) отхаркивающие

г) жаропонижающие

1. Возбудителем кори является

а) вирус

б) пневмококк

в) микобактерия

г) шигелла

1. Продолжительность инкубационного периода при кори в типичных случаях (в днях)

а) 1-6

б) 7-17

в) 18-28

г) 29-35

1. Симптом Бельского-Филатова-Коплика характерен для

а) аденовирусной инфекции

б) гриппа

в) ветряной оспы

г) кори

1. Пятна Бельского-Филатова-Коплика появляются на

а) лице

б) туловище

в) конечностях

г) слизистой оболочке щек

1. Сыпь при кори появляется на день болезни

а) 1-2

б) 2-3

в) 4-5

г) 6-7

1. Первые элементы сыпи при кори у детей появляются на

а) лице

б) туловище

в) руках

г) ногах

1. Сыпь при кори у детей

а) геморрагическая

б) везикулезная

в) пустулезная

г) пятнисто-папулезная

1. Пигментация сыпи у детей наблюдается при

а) ветряной оспе

б) кори

в) скарлатине

г) краснухе

1. Карантин на детей, имевших контакт с больным корью, составляет (дней)

а) 7-10

б) 10-14

в) 17-21

г) 22-27

1. Активную иммунизацию против кори проводят детям

а) живой коревой вакциной

б) человеческим иммуноглобулином

в) туберкулином

г) аскорбиновой кислотой

1. Возбудителем краснухи является

а) вирус

б) стрептококк

в) шигелла

г) микоплазма

1. Краснухой заболевают преимущественно дети в возрасте

а) 1-6 мес.

б) 1-7 лет

в) 7-10 лет

г) 10-14 лет

1. Краснуха, возникшая в I триместре беременности, опасна развитием

а) бронхиальной астмы у женщины

б) обострения пиелонефрита у женщины

в) сахарного диабета у женщины

г) врожденных пороков у ребенка

1. Продолжительность инкубационного периода при краснухе (дни)

а) 2-2

б) 4-5

в) 7-10

г) 15-24

1. Мелкая сыпь розового цвета, пятнистого характера, на неизмененном фоне кожи без тенденции к слиянию наблюдается при

а) менингококковой инфекции

б) кори

в) краснухе

г) скарлатине

1. Возбудителем ветряной оспы у детей является

а) вирус

б) стафилококк

в) микобактерия

г) шигелла

1. Продолжительность инкубационного периода при ветряной оспе у детей (дни)

а) 1-10

б) 10-21

в) 22-30

г) 30-40

1. Полиморфизм сыпи (пятно, папула, везикула) характерен для

а) кори

б) краснухи

в) ветряной оспы

г) скарлатины

1. Для обработки везикул при ветряной оспе у детей медицинская сестра использует раствор

а) димедрола

б) хлорида натрия

в) йода

г) бриллиантового зеленого

1. Детей в возрасте до 3 лет по контакту с ветряной оспой изолируют (дни)

а) с 1-го по 10-й

б) с 11-го по 21-й

в) с 22-го по 30-й

г) с 30-го по 40-й

1. Возбудителем эпидемического паротита у детей является

а) вирус

б) кишечная палочка

в) синегнойная палочка

г) протей

1. Продолжительность инкубационного периода при эпидемическом паротите у детей составляет (дни)

а) 1-10

б) 11-21

в) 21-30

г) 31-40

1. Увеличение околоушных слюнных желез у детей характерно для

а) кори

б) краснухи

в) ветряной оспы

г) эпидемического паротита

1. Воспаление яичек при эпидемическом паротите у мальчиков

а) омфалит

б) орхит

в) цистит

г) пиелонефрит

1. Перенесенный двусторонний орхит при эпидемическом паротите у детей может привести к развитию

а) гломерулонефрита

б) пиелонефрита

в) цистита

г) бесплодия

1. Приступообразный спазматический кашель характерен для

а) риновирусной инфекции

б) ветряной оспы

в) коклюша

г) эпидемического паротита

1. Средняя продолжительность инкубационного периода при коклюше у детей составляет (дни)

а) 4

б) 10

в) 14

г) 20

1. Глубокий свистящий вдох при коклюше, прерывающий кашлевые толчки, – это

а) апноэ

б) асфиксия

в) брадипноэ

г) реприз

1. Особенности клиники коклюша у детей первых месяцев жизни

а) отсутствие репризов, развитие апноэ

б) лихорадка, везикулезная сыпь

в) лихорадка, пустулезная сыпь

г) омфалит, снижение массы тела

1. Появление язвочки на уздечке языка в результате сильного кашля у детей наблюдается при

а) кори

б) коклюше

в) ветряной оспе

г) риновирусной ифекции

1. Возбудителем скарлатины у детей является

а) вирус

б) β-гемолитический стрептококк группы А

в) стафилококк

г) протей

1. β-гемолитический стрептококк группы А является возбудителем

а) ветряной оспы

б) кори

в) краснухи

г) скарлатины

1. Продолжительность инкубационного периода при скарлатине (дни)

а) 1-2

б) 7-10

в) 12-15

г) 17-19

1. Мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи, бледный носогубный треугольник характерны для

а) ветряной оспы

б) кори

в) коклюша

г) скарлатины

1. Ангина у детей является постоянным симптомом

а) гриппа

б) ветряной оспы

в) скарлатины

г) риновирусной инфекции

1. Типичная локализация сыпи при скарлатине

а) разгибательная поверхность конечностей, ягодицы

б) сгибательная поверхность конечностей, в естественных складках кожи

в) только на лице

г) равномерное расположение

1. Возбудителем дифтерии у детей является

а) вирус

б) бактерия

в) микоплазма

г) амеба

1. Продолжительность инкубационного периода при дифтерии составляет (дни)

а) 2-10

б) 10-20

в) 20-30

г) 30-40

1. Истинный круп развивается у детей при

а) гриппе

б) кори

в) коклюше

г) дифтерии

1. Антитоксическая сыворотка применяется у детей при лечении

а) гриппа

б) ветряной оспы

в) кори

г) дифтерии

1. Продолжительность инкубационного периода при менингококковой инфекции составляет (дни)

а) 2-10

б) 10-20

в) 20-30

г) 30-40

1. Наиболее частая форма менингококковой инфекции у детей

а) менингококцемия

б) менингит

в) менингоэнцефалит

г) назофарингит

1. Геморрагическая сыпь зведчатой формы характерна для

а) кори

б) краснухи

в) скарлатины

г) менингококковой инфекции

1. Вынужденное положение ребенка на боку с запрокинутой головой и согнутыми ногами характерно для

а) кори

б) краснухи

в) дифтерии

г) менингококкового менингита

1. При лечении менингококковой инфекции у детей с этиотропной целью применяют

а) антибиотики

б) диуретики

в) сердечные гликозиды

г) плазмозамещающие растворы

1. Общее инфекционное заболевание, протекающее с преимущественным поражением толстого кишечника, характеризующееся развитием дистального колита у детей, — это

а) сальмонеллез

б) дизентерия

в) эшерихиоз

г) энтеровирусная инфекция

1. Возбудителями дизентерии у детей являются

а) энтеровирусы

б) сальмонеллы

в) шигеллы

г) эшерихии

1. Редко болеют дизентерией дети

а) до 1 года

б) 1–3 лет

в) 3–5 лет

г) 5–7 лет

1. Жидкий стул с примесью слизи и прожилок крови у детей ("ректальный плевок") характерен для

а) дизентерии

б) сальмонеллеза

в) энтеровирусной инфекции

г) эшерихиоза

1. Тенезмы характерны для

а) колиинфекции

б) сальмонеллеза

в) дисбактериоза

г) дизентерии

1. Госпитализации подлежат дети, больные дизентерией в форме

а) стертой

б) носительства

в) легкой

г) среднетяжелой

1. Симптомы кишечного эксикоза

а) сухость кожи, олигурия

б) полиурия, влажность кожи

в) одышка, тахикардия

г) судороги

1. Эшерихиозом чаще болеют дети в возрасте

а) 13-15 лет

б) 11-12 лет

в) от 2 до 7 лет

г) первого года жизни

1. Особую опасность, как источник инфекции при сальмонеллезе, представляют

а) домашние животные

б) водоплавающие птицы, куры

в) больной человек

г) бактерионоситель

1. Продолжительность инкубационного периода при сальмонеллезе у детей от нескольких часов до (дней)

а) 3

б) 7

в) 10

г) 14

1. Для сальмонеллеза у детей характерен стул в виде

а) «рисового отвара»

б) «крахмальных зерен»

в) «горохового пюре»

г) «болотной тины»

#### Эталоны ответов

1 б,  2 б,  3 б,  4 б,  5 а,  6 г,  7 г,  8 в,  9 а,  10 в,  11 г,  12 а,  13 а,  14 б,  15 г,  16 г,  17 в,  18 а,  19 г,  20 б,  21 в,  22 а,  23 а,  24 б,  25 г,  26 г,  27 в,  28 а,  29 б,  30 в,  31 г,  32 б,  33 а,  34 б,  35 г,  36 б,  37 г,  38 в,  39 в,  40 г,  41 а,  42 б,  43 б,  44 г,  45 б,  46 г,  47 в,  48 б,  49 б,  50 а,  51 г,  52 г,  53 а,  54 г,  55 г,  56 г,  57 а,   58 б,  58 в,  59 а,  60 а,  61 г,  62 г,  63 а,  64 г,  65 б,  67 б,  68 г.

### Туберкулез у детей

1. При туберкулезе у детей чаще поражаются

а) кости и суставы

б) почки

в) легкие

г) серозные оболочки

1. Возбудителем туберкулеза у детей является

а) микобактерия Коха

б) столбнячная палочка

в) протей

г) синегнойная палочка

1. Наиболее часто микобактерии туберкулеза поступают в организм ребенка через

а) желудочно-кишечный тракт

б) верхние дыхательные пути

в) кожу

г) раны

1. Клиническая форма туберкулеза, развивающаяся у ребенка в ответ на первичное внедрение микобактерий

а) диссеминированный туберкулез легких

б) очаговый туберкулез легких

в) первичный туберкулезный комплекс

г) туберкулезная интоксикация

1. При всех клинических формах туберкулеза легких у детей наблюдается

а) синдром интоксикации

б) сухой кашель

в) влажный кашель с мокротой

г) боль в груди

1. Важнейшим компонентом лечения туберкулеза у детей является

а) режим

б) уход

в) диета

г) химиотерапия

1. Самым эффективным противотуберкулезным препаратом у детей является

а) стрептомицин

б) рифампицин

в) ПАСК

г) этамбутол

1. При постановке пробы Манту ребенку туберкулин вводят

а) внутрикожно

б) подкожно

в) внутримышечно

г) внутривенно

1. Введение вакцины БЦЖ детям осуществляется для профилактики

а) дифтерии

б) коклюша

в) кори

г) туберкулеза

1. Вакцинация БЦЖ проводится здоровому новорожденному на сроке (дни жизни)

а) 1-3

б) 3-5

в) 8-12

г) 15-19

#### Эталоны ответов

1 в,  2 а,  3 б,  4 г,  5 а,  6 г,  7 б,  8 а,  9 г,  10 б.

**Перечень рецептов**

1. Пенициллин ребенку с массой 8 кг.
2. Амоксиклав внутрь ребенку 1 года.
3. Бициллин – 5 ребенку 10 лет.
4. Цефуроксим ребенку 4 лет.
5. Нистанин ребенку 10 лет.
6. Нитроксолин ребенку 5 лет.
7. Фурагин ребенку 7 лет.
8. Азитромицин ребенку 5 лет.
9. Ацикловир ребенку 3 лет внутрь.
10. Гриппферон ребенку 1 мес.
11. Витамин Д для профилактики рахита дробным методом.
12. Витамин Д для лечения рахита.
13. Викасол в/м. Ребенку 5 лет.
14. Витамин С ребенку 2 лет внутрь.
15. Коргликон в/в ребенку 6 лет.
16. Креон ребенку 7 лет.
17. Фуросемид в/в ребенку 5 лет.
18. Глюконат кальция внутрь ребенку 2 лет.
19. Глюконат кальция в/в ребенку 2 лет.
20. Тавегил ребенку 6 лет внутрб.
21. Супрастин в/м ребенку 1 года.
22. Димедрол в/м ребенку 1 года.
23. Эуфиллин в/в ребенку 5 лет.
24. Но-шпа внутрь ребенку 7 лет.
25. Салбутамол для ингаляций ребенку 10 лет.
26. Бромгексин ребенку 10 лет.
27. Амбробене внутрь ребенку 3 лет.
28. Анальгин в/м ребенку 2 лет.
29. Парацетамол ребенку 5 лет.
30. Аспирин ребенку 10 лет.
31. Индометацин внутрь ребенку 6 лет.
32. Мальтофер ребенку 1 года.
33. Сульфат магния в/м ребенку 1 года.
34. Седуксен в/в ребенку 3 лет.
35. Преднизолон внутрь ребенку 5 лет.
36. Преднизолон в/в ребенку 1 года.
37. Раствор бриллиантовой зелени.

**Перечень манипуляций**

1. Техника подачи увлажненного кислорода.
2. Техника применения пузыря со льдом.
3. Уход за слизистыми глаз и закапывание капель в глаза ребенку.
4. Техника туалета носа и закапывание капель в нос ребенка.
5. Техника пеленания.
6. Техника подмывания грудных детей.
7. Расчет и техника разведения антибиотиков.
8. Помощь при метиоризме, техника постановки газоотводной трубки.
9. Техника проведения водно-чайной паузы.
10. Забор кала на бактериологическое исследование, копрологию..
11. Техника взвешивания, измерение роста, окружности головы, груди.
12. Определение степени гипотрофии.
13. Проведение искусственной вентиляции легких методом «рот в рот» и закрытый массаж сердца..
14. Измерение большого родничка и его оценка.
15. Техника проведения лечебной ванны.
16. Техника промывания желудка.
17. Техника обработки полости рта при стоматитах.
18. Техника проведения соскоба, с перианальных складок, забор кала на яйца гельминтов.
19. Техника проведения лекарственной и очистительной клизмы.
20. Техника измерения температуры тела у детей различного возраста.
21. Техника забора мазков из зева и носа на флору у детей.
22. Техника постановки согревающего компресса на ухо, капли в ухо.
23. Техника постановки банок, горчичников детям.
24. Техника взятия крови из вены на биохимию.
25. Разведение, введение бициллина.
26. Учет выпитой и выделенной жидкости.
27. Техника в/в введения лекарственных веществ.
28. Техника сбора, мочи на общий анализ у детей различного возраста.
29. Подготовка пациента и сбор мочи по Зимницкому, Нечипоренко, Амбурже, Адис – Каковскому, на посев.
30. Чтение учебных урограмм.
31. Подготовка детей к эпскриторной урографии.
32. Техника определения сахара в моче по глюкотесту.
33. Техника сбора мочи на сахар.
34. Расчет дозы и введение инсулина.
35. Измерение суточного диуреза.
36. Контроль за отеками.
37. Техника проведения противотуберкулезной вакцинации и ревокцинации детей.
38. Техника постановки пробы Манту и её оценка.
39. Выполнение профилактических прививок АКДС, против кори, эпидемического паротита, против полиомиелита, вирусного гепатита.
40. Техника забора материала на бактериологическое исследование при коклюше.
41. Оценка кожи и п/к жировой клетчатки.
42. Оценка силы и тонуса мышц.
43. Пальпация лимфатических узлов.
44. Измерение АД, подсчет ЧДД, пульса у детей различного возраста.
45. Техника осмотра полости рта.
46. Техника гигиенической ванны.
47. Кормление с бутылочки, ложечки.
48. Техника проведения контрольного взвешивания.
49. Техника проведения гигиенической ванны.
50. Техника применения карманных ингаляторов.