

**федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ

**Фонд оценочных средств
по дисциплине**

ПЕДИАТРИЯ

Специальность
31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы
Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств дисциплины «Педиатрия» разработан в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 9 и входит в состав образовательной программы высшего образования (программы ординатуры) по специальности 31.08.19 Педиатрия

Реализация основной образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России.**

Программа разработана на кафедре педиатрии ИНПО
Заведующий кафедрой – Мозжухина Лидия Ивановна, доктор мед. наук,
профессор

Разработчики образовательной программы:

Мозжухина Л.И., доктор медицинских наук, профессор

Когут Т.А., канд. мед. наук, доцент

Строева Л.Е., канд. мед. наук, доцент

Ратынская Н.В., канд. мед. наук, доцент

Емеличева Л.Г., канд. мед. наук, доцент

Ганичева Н.П., канд. мед. наук, доцент

Кисельникова О.В., канд. мед. наук, ассистент

Калгина С.Е., канд. мед. наук, ассистент

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации

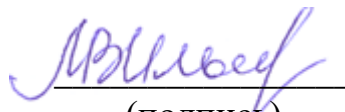


Л.А. Савельева

(подпись)

« 14 » июня 2024 года

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



М.В. Ильин

(подпись)

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхранговую шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» - 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПЕДИАТРИЯ

Специальность

31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы

Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

Универсальные компетенции (УК):

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории развития и профессионального роста

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара

ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

- 1 При скрининге на врожденный гипотиреоз в России определяют
антитела к тиреоглобулину
уровень ТТГ
уровень свободного Т4
уровень Т3
- 2 Скрининг-тест на врожденный гипотиреоз является положительным при уровне ТТГ
20-50 мМЕ/л
менее 5 мМЕ/л
5-20 мМЕ/л
более 50 мМЕ/л
- 3 Клиническим признаком травматического повреждения плечевого сплетения (С5-С6) является
отставание одной части грудной клетки при дыхании
вялый парез проксимального отдела руки
вялый парез дистального отдела руки
синдром Клода Бернара-Горнера
- 4 Асфиксия - это клинический синдром, проявляющийся
в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка
остро протекающей гипоксией и гиперкапнией
полным отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными
движениями при рождении у ребенка с наличием признаков живорожденности
выраженным лактат ацидозом и отсутствием признаков живорожденности
- 5 ЗВУР характеризуется отставанием массо-ростовых показателей
ниже 25% перцентильного интервала
ниже 50% перцентильного интервала

ниже 75% перцентильного интервала
ниже 10% перцентильного интервала
- 6 При снижении массы тела на 2 сигмальных отклонения ставится диагноз
диспластический вариант ЗВУР
гипопластический вариант ЗВУР
ЗВУР 1 степени
ЗВУР 2 степени
- 7 При физиологической гипербилирубинемии увеличение уровня билирубина происходит за счет
непрямого билирубина
прямого билирубина
биливердина
уробилина
- 8 Для лечения врожденного гипотиреоза используют препарат
гиамазол
преднизолон
пропранолол
левотироксин натрия
- 9 Критерием гипонатриемии является уровень натрия в крови ниже
140 ммоль/л
135 ммоль/л
130 ммоль/л
125 ммоль/л
- 10 Транзиторная убыль массы тела у доношенного новорожденного допустима
до 5%
до 10%
до 15%

до 20%

- 11 Критерием гипонатриемии является уровень натрия в крови выше
140 ммоль/л
145 ммоль/л
150 ммоль/л
155 ммоль/л
- 12 Транзиторная гипогликемия новорожденных определяется при значении глюкозы крови
ниже 3,3 ммоль/л
ниже 2,2 ммоль/л
ниже 1,5 ммоль/л
ниже 2,6 ммоль/л
- 13 Основным повреждающим фактором при гемолитической болезни новорожденных является
неконъюгированная гипербилирубинемия
конъюгированная гипербилирубинемия
смешанная гипербилирубинемия
гипобилирубинемия
- 14 При гемолитической болезни новорожденных наиболее грозным осложнением является
синдром сгущения желчи
билирубиновая энцефалопатия
синдром верхней полой вены
острая почечная недостаточность
- 15 Основным методом лечения гипербилирубинемии новорожденных является
очистительная клизма
плазмаферез
форсированный диурез
фототерапия
- 16 Синдром Криглера-Найяра 1 типа наследуется
аутосомно-рецессивно
аутосомно-доминантно
сцеплено с X-хромосомой
сцеплено с Y-хромосомой
- 17 Малый родничок в норме закрывается к возрасту
1 месяц
2 месяца
6 месяцев
12 месяцев
- 18 Для диагностики врожденной вирусной инфекции целесообразно проводить анализ крови
методом непрямой гемагглютинации
с проведением посева на стерильность
методом ПЦР в реальном времени
определение уровня IgG
- 19 При снижении массы и длины тела на 2-3 стандартных отклонения диагностируется
ЗВУР 1 степени
гипопластический вариант ЗВУР
гипотрофический вариант ЗВУР
ЗВУР 2 степени
- 20 Первичный офтальмологический осмотр недоношенного, рожденного после 26 недели гестации для
выявления первых признаков ретинопатии следует проводить в срок
2-3 недель после рождения
4-5 недель после рождения
9-10 недель после рождения
10-12 недель после рождения

- 21 Этиологическим фактором развития болезни гиалиновых мембран является
аспирационный синдром
внутриутробная пневмония
перенесенная тяжелая асфиксия в родах
первичный дефицит образования и выброса сурфактанта
- 22 Везикулопустулез - это
воспаление околоушной железы
воспаление подкожно-жировой клетчатки
воспаление эккринных потовых желез
воспаление сальных желез
- 23 Для лечения пузырчатки новорожденных назначают
амоксциллин
цефтриаксон
меропенем
моксифлоксацин
- 24 Симптом Никольского при эксфолиативном дерматите Риттера
положительный 1 вариант
положительный 2 вариант
положительный 1 и 2 варианты
отрицательный
- 25 Фунгус пупка - это
незаращение ухауса
незаращение Аранциева протока
грибовидное разрастание грануляций и остатки пуповинной ткани, заполняющие пупочную ранку
незаращение желточного протока
- 26 Оптимальный срок проведения первичной эхокардиографии плода
5-8 неделя
15-17 неделя
25-30 неделя
32-34 неделя
- 27 Эмбриогенез сердца происходит
до 3 недели
на 10-15 неделе
на 3-9 неделе
на 15-20 неделе
- 28 Современным методом хирургической коррекции ВПС у детей является
эндоваскулярная операция
операция на открытом сердце
радиочастотная абляция
трансплантация сердца
- 29 Оптимальный срок проведения повторной эхокардиографии плода (неделя)
5-8 неделя
15-17 неделя
25-30 неделя
32-34 неделя
- 30 Масса тела ребенка при рождении, составляющая менее 1000 граммов, считается
нормальной
низкой
экстремально низкой
очень низкой
- 31 К очаговым признакам поражения центральной нервной системы у новорожденного относится
симптом Кернига

- симптом Бабинского
рефлекс Моро
симптом Грефе
- 32 Первый этап реанимации при асфиксии новорождённого начинается с искусственной вентиляции лёгких
закрытого массажа сердца
коррекции метаболических нарушений
восстановления проходимости дыхательных путей
- 33 Свободное вскармливание предусматривает кратность кормлений по требованию, в том числе и ночью
до 10 раз в день с ночным перерывом не менее 5 часов
6-8 раз в сутки, без ночного перерыва
каждый час без ночного перерыва
- 34 На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает количество лейкоцитов $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$
увеличение Ig M
количество лимфоцитов 50%
увеличение IgG
- 35 Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции токсоплазмозной
хламидийной
микоплазмозной
цитомегаловирусной
- 36 Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода следующим образом
тормозит функцию клеток инсулярного аппарата
активизирует клетки инсулярного аппарата
приводит к атрофии инсулярного аппарата
приводит к образованию антиинсулярных антител
- 37 При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь кожа и слизистые оболочки
кости
печень
центральная нервная система
- 38 У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является субдуральное кровоизлияние
перивентрикулярное кровоизлияние
отек мозга
перивентрикулярная лейкомаляция
- 39 После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через
1 неделю
2-3 недели
4-6 недель
2-3 месяца
- 40 При дисахаридазной недостаточности характерен стул гомогенный, желтый, со слизью
жидкий, жирный, зловонный
водянистый, кислый, пенистый
жидкий со слизью и зеленью
- 41 Основная причина физиологической желтухи новорожденного гемолиз

- недостаточная глюкуронизация
сгущение крови
холестаз
- 42 Объем мочевого пузыря у новорожденного составляет
5-10 мл
10-30 мл
30-50 мл
50-100 мл
- 43 Для недоношенных детей дозы всех вакцин
такие же, как и для рождённых в срок
снижают в 2 раза
уменьшают в соответствии со сроком гестации
уменьшают до У дозы, через 1 месяц вводят еще У дозы
- 44 Стратегия «кокона» - это
иммунизация всего окружения новорождённого
иммунизация беременных
разобщение новорождённого с членами семьи
обследование семейного окружения на наличие антител к инфекции
обязательная вакцинация только детей в семье
- 45 При проведении сердечно-лёгочной реанимации детям соотношение компрессий грудной клетки и
вдоха составляет
соотношение компрессий грудной клетки и вдохов - 5:1
соотношение компрессий грудной клетки и вдохов - 4:1
соотношение компрессий грудной клетки и вдохов - 15:2
соотношение компрессий грудной клетки и вдохов - 30:2
- 46 Интервал между введением эпинефрина при сердечно-лёгочной реанимации составляет
1 минуту
2 минуты
3-5 минут
10 минут
- 47 Количество разрядов дефибриллятора допустимое у детей при сохранении фибрилляции желудочков
1 разряд
2 разряда
3 разряда
не ограниченное количество разрядов
- 48 На 4-7-й день жизни здорового доношенного новорожденного ребенка производится вакцинация
против
коклюша, дифтерии и столбняка
гепатита В
туберкулеза
полиомиелита
- 49 Одним из возможных осложнений глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской
помощи ребенку в родильном зале может быть развитие
синдрома аспирации околоплодных вод
пневмоторакса
брадикардии
легочного кровотечения
- 50 Бронхолегочная дисплазия - это
хроническое заболевание легких, характеризующееся склонностью к бронхоспазму
хроническое заболевание легких, развивающееся у недоношенных младенцев и связанное с
патологической реакцией на повышенную концентрацию кислорода в вдыхаемом воздухе
острое заболевание легких, характеризующееся неспецифическим воспалением и развивающееся у
недоношенных детей

хроническое заболевание легких, развивающееся у новорожденных и связанное с патологической реакцией на повышенную концентрацию кислорода в вдыхаемом воздухе

- 51 Ретинопатия недоношенных характеризуется помутнением хрусталика
нарушением проводимости по зрительному нерву
повышенной интенсивностью разрастания сосудов сетчатки
помутнение стекловидного тела
- 52 Недошенность определяется по массе тела
по соотношению массы тела и длины
по сроку гестации
по сроку гестации и массе тела
- 53 Живорождение определяется по массе тела ребенка
по сроку гестации более 23 недели
по наличию самостоятельного дыхания
по наличию сердцебиения или пульсации пуповины
- 54 В молозиве по сравнению с переходным женским молоком больше содержится белка
углеводов
кальция
ненасыщенных жирных кислот
- 55 У недоношенных и маловесных детей выше потребность в белке
в жире
в железе
в углеводах
- 56 Преобладающей флорой родовых путей у здоровой женщины являются лактобактерии
кишечные палочки
стафилококки
энтерококки
- 57 На тяжесть гипоксии головного мозга у новорожденного указывает синдром нервно-рефлекторной возбудимости
симптом Моро
синдром мышечной дистонии
нарушение сознания
- 58 Классическая форма геморрагической болезни новорожденного проявляется внутриутробно
в первые 5-6 часов жизни
в первые 2-5 суток жизни ребенка
на втором месяце жизни
- 59 Пилоростеноз у ребенка раннего возраста является врожденным функциональным нарушением
врожденным анатомическим дефектом
последствием неправильного кормления
последствием перинатальной травмы
- 60 При дефекте межжелудочковой перегородки (ДМЖП) максимум шума определяется на верхушке сердца
на легочной артерии
на груди
на сонных артериях

- 61 Артериальное давление на руках можно измерить с возраста
3 лет
1 года
1 месяца
в любом возрасте
- 62 К иммунодефицитным состояниям относится синдром
синдром Альпорта
синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
синдром Марфана
синдром де Тони-Дебре-Фанкони
- 63 Синдром Лайелла относится к
аллергодерматозам
пиодермиям
васкулитам
наследственным дерматозам
- 64 Тип наследования галактоземии
аутосомно-рецессивный
аутосомно-доминантный
Х-сцепленный рецессивный
Х-сцепленный-доминантный
- 65 Из рациона пациента с классической галактоземией молоко и молочные продукты исключаются
в период новорожденности
до 1 года
до 3 лет
пожизненно
- 66 Рутинное назначение антибактериальных препаратов при ОКИ определяется
ранним возрастом
частотой стула
выраженностью воспалительной реакции
факторами отягощенного преморбидного состояния
- 67 Тяжесть водянистой диареи определяется
величиной лихорадки
количеством дефекаций
степенью интоксикации
степенью дегидратации
- 68 Показателем, наиболее точно отражающим состояние здравоохранения государства, является
уровень рождаемости
уровень смертности
количество врачей на душу населения
младенческая смертность
- 69 При атрезии желчных путей в течение 1 месяца жизни ребенка отмечаются
срыгивания
желтуха с первых дней жизни
нарастающая гепатоспленомегалия
неокрашенный стул
окрашенный стул
- 70 К симптомам, характерным для врожденного гипотиреоза, относятся
гипотермия, брадикардия
макрогlossия
гипертермия
одышка
затянувшаяся неонатальная желтуха

- 71 Для новорожденных с сольтеряющей формой адреногенитального синдрома характерны жидкий стул запоры упорная рвота дистальные отеки позднее отхождение мекония
- 72 Для сольтеряющей формы адреногенитального синдрома характерно преждевременное половое развитие сухость кожных покровов, жидкий стул упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи артериальная гипертензия крипторхизм
- 73 Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек характерны увеличение клитора и половых губ костный возраст опережает паспортный в моче увеличено содержание 17-кетостероидов гепатоспленомегалия гипертрихоз
- 74 Для болезни гиалиновых мембран характерны цианоз тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры метаболический ацидоз гипокапния и гипероксемия дыхательная недостаточность
- 75 Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют короткий пищевод недостаточное развитие кардиального отдела желудка недостаточное развитие пилорического отдела желудка относительный гипертонус пилорического отдела желудка физиологический дефицит ферментов
- 76 Признаками физиологической желтухи новорожденного являются появление желтухи на 2-3 сутки жизни волнообразное течение непрямая гипербилирубинемия прирост билирубина не более 85 мкмоль/л/сут прямая гипербилирубинемия
- 77 Причинами непрямой гипербилирубинемии у новорожденного могут быть несовместимость крови по системе АВО резус-конфликт физиологическая желтуха атрезия желчевыводящих путей внутриутробная инфекция
- 78 К необходимому лабораторному минимуму при затяжной желтухе у новорожденного относятся определение уровня гемоглобина уровня билирубина и его фракций количества ретикулоцитов группы крови и резус-принадлежности матери и ребенка активности ферментов АлАТ, АсАТ
- 79 Причиной дакриоцистита у новорожденных могут быть наличие пробки в слезном протоке аномалия строения слезного мешка отсутствие костного канала вирусный риноконъюнктивит

- 80 Причиной появления крови в стуле у новорожденного могут быть
геморрагическая болезнь новорожденного
заглатывание материнской крови во время родов
гемофилия
перфорация прямой кишки
- 81 Типичными признаками геморрагической болезни новорожденного являются
появление мелены на 2-4-е сутки жизни
кровотечение из пупочной ранки
кефалогематома
петехиальная сыпь на коже и слизистых оболочках
желтуха
- 82 К реактивным состояниям новорожденных относятся
физиологическая эритема
милия
мелена
вагинальное кровотечение
нагрубание молочных желез
- 83 Причиной нарушения трансплацентарного перехода железа являются
внутриутробная инфекция
гестоз
разные группы крови у матери и плода
отслойка плаценты
угроза прерывания беременности
- 84 Правильное прикладывание к груди определяется по
положению тела ребенка
открытию рта
вывернутой нижней губы
захвату соска
захвату ареолы
- 1 Патология детей раннего возраста
- 85 При болезни Дауна характерно
трисомия +13
трисомия +21
трисомия +18
кариотип 47, XXX
- 86 При синдроме Патау характерно
трисомия +21
трисомия +18
трисомия +13
кариотип 47, XXX
- 87 При синдроме Эдвардса характерно
трисомия +18
трисомия +13
трисомия +21
кариотип 45, X
- 88 При болезни Дауна высока частота врожденных пороков
нервной системы
сердца
желудочно-кишечного тракта
почек
- 89 Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно
кариотип 45, X
трисомия +13

трисомия +18

кариотип 47, XXX

- 90 Критерием диагноза фенилкетонурии является
умственная отсталость
повышение уровня фенилаланина в крови
задержка физического развития
рвоты
- 91 Для лечения детей до года с фенилкетонурией используют смесь
нутрилон пепти Аллергия
НАН кисломолочный
лофеналак
симилак премиум
- 92 Гликогенозы I, III, VI, XI типов наследуются
аутосомно-рецессивно
аутосомно-доминантно
сцепленно с X-хромосомой
компауд-гетерозиготно
- 93 Тип наследования при болезни Гоше
аутосомно-рецессивный
аутосомно-доминантный
сцепленный с X-хромосомой
компауд-гетерозиготный
- 94 Болезнь Нимана-Пика относится к заболеваниям
с нарушением углеводного обмена
с нарушением обмена аминокислот
с нарушением минерального обмена
лизосомным
- 95 Синдром Криглера-Найяра относится к заболеваниям
с нарушением углеводного обмена
с нарушением обмена билирубина
с нарушением обмена аминокислот
с нарушением минерального обмена
- 96 В основе синдрома Криглера-Найяра лежит
резус конфликт
дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
полное отсутствие глюкуронилтрансферазы
конфликт по группе крови
- 97 В основе синдрома Жильбера лежит
дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
генетический дефект фермента кислой липазы
генетический дефект глюкуронилтрансферазы
дефект мембран митохондрий
- 98 Мукополисахаридозы относятся к заболеваниям
лизосомным
с нарушением углеводного обмена
с нарушением обмена аминокислот
с нарушением минерального обмена
- 99 При бронхиолите вентиляционная недостаточность
обструктивная
рестриктивная
интерстициальная
смешанная

- 100 Острый стеноз гортани наиболее часто вызывает
пневмококк
гемофильная палочка
стафилококк
вирус парагриппа
- 101 Этиологическим фактором миокардитов у детей первых лет жизни являются
аутоиммунные нарушения
грибы
бактериально-грибковые ассоциации
вирусы, бактерии
- 102 Основной этиологической причиной эндокардитов у детей являются
герпесвирусы
стрептококки
стафилоккоки
грибы
- 103 Целиакия - это непереносимость
глютена
фенилаланина
лактозы
белка коровьего молока
- 104 Дебют клинических проявлений целиакии происходит преимущественно после
введения овощного пюре
введения фруктового пюре
введения каш
перехода на искусственное вскармливание
- 105 Решающее диагностическое значение для целиакии имеет
обнаружение антител к эндомизию
повышение уровня ТТГ
непрямая гипербилирубинемия
повышение общего IgE
- 106 Первичная лактазная недостаточность передается
аутосомно-рецессивно
аутосомно-доминантно
рецессивно сцеплено с X хромосомой
полигенно-аддитивно
- 107 Стул при лактазной недостаточности
кашицеобразный, жирный
водянистый, пенистый
жидкий с примесью слизи, крови
жидкий с примесью слизи, зелени
- 108 При синдроме Мунье-Куна выявляется
наличие антител к базальной мембране легких
неподвижность ресничек эпителия дыхательных путей
трахеобронхомегалия
отложение гемосидерина в макрофагах альвеол
- 109 Естественное вскармливание- это
введение прикорма по национальному календарю
кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности
ребенка
такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного
объема

- кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
- 110 Смешанное вскармливание - это кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
введение прикорма по национальному календарю
кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
- 111 Искусственное вскармливание - это кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
введение прикорма по национальному календарю
кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
- 112 Профилактическая суточная доза витамина Д для доношенного ребенка грудного возраста (в МЕ)
не более 500 МЕ
от 500 до 1000 МЕ
от 1000 до 1500 МЕ
от 1500 до 2000 МЕ
- 113 Средние сроки закрытия большого родничка (месяцы жизни)
от 4 до 7 месяцев
от 6 до 8 месяцев
от 9 до 15 месяцев
от 15 до 20 месяцев
- 114 Наиболее характерный клинический признак начального периода рахита
повышенная судорожная готовность
повышенная потливость
мышечный гипертонус
диарея
- 115 Антагонистом витамина Д является
витамин В6
витамин В12
витамин А
витамин Е
- 116 Классический рахит необходимо дифференцировать с
болезнью де Тони - Дебре -Фанкони
гипервитаминозом А
гипервитаминозом Д
хондродистрофией
- 117 Кардиохирургическую коррекцию полной транспозиции магистральных сосудов следует проводить
с 1 месяца до 3 месяцев
с 3 месяцев до 6 месяцев
с 6 месяцев до 12 месяцев
до 14 дней жизни
- 118 Среди фетальных коммуникаций первым после рождения закрывается
овальное окно
артериальный проток
Аранциев проток
дефект межжелудочковой перегородки

- 119 Клинической характеристикой ВПС - тетрады Фалло является
сердечная недостаточность по правожелудочковому типу
сердечная недостаточность по левожелудочковому типу
артериальная гипертензия
одышечно-цианотические приступы
- 120 К порокам, протекающим с обеднением большого круга кровообращения, относится
стеноз легочной артерии
ДМЖП
коарктация аорты
транспозиция магистральных сосудов
- 121 К порокам, протекающим с гиповолемией малого круга кровообращения, относится
стеноз легочной артерии
ДМЖП
открытый артериальный проток
транспозиция магистральных сосудов
- 122 При простой транспозиции магистральных сосудов в качестве паллиативной операции выполняют
процедура Рашкинда
операция Мюллера
подключично-легочный анастомоз
инфузия простагландинов E1
- 123 Артериальное давление на нижних конечностях при коарктации аорты
отличается справа и слева более чем на 10-20 мм.рт.ст
ниже, чем на верхних конечностях
выше, чем на верхних конечностях
одинаковое на верхних и нижних конечностях
- 124 Этиология острого бронхита у детей раннего возраста, как правило
вирусная
бактериальная
грибковая
пневмоцистная
- 125 Этиологическим фактором бронхиолита чаще всего является
цитомегаловирус
респираторно-синцитиальный вирус
парагрипп
микоплазма
- 126 Длительность острой диареи составляет
до 5 дней
до 10 дней
до 3 недель
6-8 недель
- 127 Осложнением нарушенной техники пероральной регидратации является
отек мозга
острая почечная недостаточность
ларингоспазм
рвота
- 128 Во время оральной регидратации проводят учет потерь жидкости путем
взвешивания ребенка
только взвешивания использованных пеленок
взвешивания ребенка и использованных пеленок
проведения ультразвукового исследования пищевода и желудка
- 129 При эксикозе II- III ст. регидратация проводится
перорально в объеме 30-60 мл/кг в первые 6 часов

- парентерально в объеме 30-40 мл/кг в сутки
парентерально в объеме 50-80 мл/кг в первые 6 часов
парентерально в объеме 50-80 мл/кг в сутки
- 130 При осмотической диарее у ребенка раннего возраста необходимо сразу приступить к пероральной регидратации
промыванию желудка
инфузионной терапии
очистительной клизме
- 131 Верхний рефлекс Ландау формируется в возрасте
1 месяца
3 месяцев
5 месяцев
6 месяцев
- 132 Ребёнок начинает держать голову в возрасте
2 недель
1 месяца
2-3 месяцев
с 4 месяцев
- 133 Паронихии - это инфекционное воспаление
ногтевого валика
ногтевого ложа
ногтевой пластины
надкостницы
- 134 Причиной кровотечения при дивертикуле Меккеля у детей является
изъязвление эктопического железистого эпителия желудка
наличие хронической анальной трещины
эрозивное поражение слизистой оболочки толстой кишки
эрозивное поражение слизистой оболочки 12 перстной кишки
- 135 При искусственном вскармливании в кишечнике ребёнка преобладают
бифидобактерии, лактобактерии
кишечная палочка, энтерококки
стафилококки, пневмококки
протей, синегнойная палочка
- 136 Потребность в белке у ребенка второго полугодия жизни составляет
2,2 г/кг/сутки
2,6 г/кг/сутки
2,9 г/кг/сутки
3,0-3,5 г/кг/сутки
- 137 Потребность в белке у ребенка первых трех месяцев жизни составляет
2,2 г/кг/сутки
2,6 г/кг/сутки
2,9 г/кг/сутки
3,0-3,5 г/кг/сутки
- 138 Потребность в жирах у детей в возрасте 6-12 месяцев составляет
5,0 г/кг/сутки
5,5 г/кг/сутки
6,0 г/кг/сутки
6,5 г/кг/сутки
- 139 Потребность в углеводах у детей первого года жизни составляет
12 г/кг/сутки
13 г/кг/сутки
14 г/кг/сутки

- 15 г/кг/сутки
- 140 Энергопотребность детей в первом полугодии жизни составляет
100 ккал/кг/сутки
110 ккал/кг/сутки
115 ккал/кг/сутки
120 ккал/кг/сутки
- 141 Энергопотребность детей в возрасте 6-12 мес составляет
100 ккал/кг/сутки
110 ккал/кг/сутки
115 ккал/кг/сутки
120 ккал/кг/сутки
- 142 Первый прикорм здоровому ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, вводится в возрасте
3-4 месяцев
4-6 месяцев
6-7 месяцев
8-9 месяцев
- 143 Мясное пюре вводят в рацион здоровому ребенку в возрасте
5-6 месяцев
6-7 месяцев
7-8 месяцев
8-9 месяцев
- 144 Блюда прикорма при искусственном вскармливании по сравнению с естественным вводятся
на 1 месяц раньше
на 1 месяц позже
после 12 месяцев
в те же сроки
- 145 Рыба вводится в рацион здорового ребенка в возрасте
6-7 месяцев
7-8 месяцев
8-9 месяцев
после 12 месяцев
- 146 При целиакии исключают из рациона
пшеницу, рожь, овес, ячмень
гречиху, кукурузу, рис, пшенку
киноа, творог, шоколад
молоко, сыр, сою, бобовые
- 147 Контрольное кормление ребенка проводят для определения
количества прикорма
количества докорма
количества высосанного молока
массы тела
- 148 Фруктовые пюре вводят в рацион грудного ребенка для обеспечения
жирорастворимыми витаминами
жирами
белками
клетчаткой
- 149 Ребенка рекомендуется отнимать от груди
в холодный период года
в жаркий период года
при заболеваниях
при контакте с инфекционными больными
- 150 Склонность детей к срыгиванию обусловлена

- хорошим развитием кардиального сфинктера
слабым развитием кардиального сфинктера
слабым развитием пилорического сфинктера
хорошим развитием пилорического сфинктера
- 151 Наиболее частая причина мутации гена
инфекционный фактор
радиация
курение
алкоголизм
- 152 Чаще встречаются наследственные заболевания
хромосомные
с доминантным типом наследования
болезни с наследственным предрасположением (полигенные)
с рецессивным типом наследования
- 153 Достоверное определение пола при вирильной форме аденогенитального синдрома возможно путем
определения 17-оксикортикостероидов
определения полового хроматина
определения кариотипа
гистологического исследования гонад
- 154 Доминантный ген отца локализован в X-хромосоме. Может заболеть
мальчик
девочка
все дети будут здоровы
могут заболеть и мальчики, и девочки
- 155 При фенилкетонурии доминирует
поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
неврологическая симптоматика
экзема и альбинизм
нефропатия
- 156 Для аденогенитального синдрома у мальчиков на 1 -м году жизни характерно
задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
увеличение полового члена
дефекты психического развития
замедление роста
- 157 Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается
при лактазной недостаточности
при муковисцидозе
при экссудативной энтеропатии
при целиакии
- 158 Основным фактором, предрасполагающим к развитию пищевой аллергии, является
сниженный уровень S Ig A
заболевание органов желудочно-кишечного тракта
искусственное вскармливание
атопические заболевания у матери и отца
- 159 При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет
общая интоксикация
дизурические явления
синдром срыгивания
болевой синдром
- 160 Из перечисленных пороков с артериальной гипертензией протекает
стеноз легочной артерии
стеноз аорты
коарктация аорты

- дефект межжелудочковой перегородки
- 161 Признак скрытой спазмофилии
карпопедальный спазм
- ларингоспазм
пилоростеноз
эклампсия
- 162 Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается
- в регулярном взвешивании ребенка
в измерении почасового диуреза
в сборе суточной мочи
в определении величины гематокрита
- 163 Наиболее частой причиной генерализованных судорог у детей раннего возраста являются
- гнойный менингит
острое отравление
энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
травма головного мозга
- 164 Первые симптомы мальабсорбции при лактазной недостаточности появляются
- с введением прикорма
при переводе на искусственное вскармливание
при введении сока
сразу после рождения
- 165 Кислая диарея характерна для
- непереносимости коровьего молока
лактазной недостаточности
муковисцедоза
целиакии
- 166 Лактазная недостаточность сопровождается повышенной экскрецией в кале
- общего количества углеводов
глюкозы
лактозы
фруктозы
- 167 Развитие клинических признаков целиакии связано с употреблением
- фруктов
хлеба
рисовой каши
молока
- 168 При водянистой диарее преимущественно поражается
- гонкая кишка
толстая кишка
желудок
12-перстная кишка
- 169 У ребёнка 2 лет с рецидивирующими пневмониями и нарушениями стула (стеатореей) можно предположить
- целиакию
муковисцидоз
пневмоцистоз
ретикулогистиоцитоз
- 170 Незаращение овального окна считается пороком с
- с момента рождения
с 1 месяца жизни
с 6 месяцев жизни

с 1 года жизни

- 171 Триада клинических признаков, характерная для синдрома Марфана
врожденные пороки внутренних органов, поражение половой системы и органа зрения
умственная отсталость, поражение костной ткани и пищеварительного тракта
поражение скелета, сердечно-сосудистой системы и органа зрения
поражение мочевыделительной системы, пищеварительного тракта и органа слуха
- 172 Ранние признаки мукополисахаридозов
задержка психомоторного развития, гипертрофия миндалин носоглотки, помутнение роговицы
задержка психомоторного развития, гепатоспленомегалия, повторные вирусные инфекции (отит, ринит, назофарингит)
гипертрофия миндалин носоглотки, пупочная и пахово-мошоночная грыжи, повторные вирусные инфекции (отит, ринит, назофарингит)
задержка психомоторного развития, помутнение роговицы, судороги
- 173 Характерные лабораторные признаки болезней транспорта и окисления жирных кислот
гипергликемия, выраженный кетоз, метаболический алкалоз
гипогликемия, выраженный кетоз, метаболический ацидоз
гипергликемия, отсутствие выраженного кетоза, метаболический алкалоз
гипогликемия, отсутствие выраженного кетоза, метаболический ацидоз
- 174 Выявление спинальной мышечной атрофии 5q по программе расширенного неонатального скрининга осуществляется
молекулярно-генетическим методом
тандемной масс-спектрометрией
флуоресцентным методом
микробиологическим методом
- 175 Для галактоземии характерны следующие клинические симптомы
катаркта
желтуха
увеличение печени
рвота, диарея
запор
- 176 Для болезни Вольмана характерны следующие клинические симптомы
тубулопатия
синдром мальабсорбции
кальцификация надпочечников
задержка психомоторного развития
прогрессирующая гепатоспленомегалия
- 177 Для синдрома Марфана характерны следующие клинические симптомы
арахнодактилия
анкилоз суставов
высокий рост
низкорослость
подвывих хрусталика
- 178 К патологическим типам дыхания относится
Куссмауля
Чейн-Стокса
бронхиальное
пуэрильное
везикулярное
- 179 Наиболее частые причины асфиксии у детей раннего возраста
инородное тело
стенозирующий ларингит
бронхообструктивный синдром
пневмония

- судороги
- 180 При муковисцидозе используют следующие смеси
Mead Johnson Nutrition Pregestimil Lipil
Nutralon (Nutricia) Пепти Аллергия
Семпер Лемолак (Semper Lemolak)
Similac Комфорт
Nestle Alfare Allergy
- 181 Для синдрома Картагенера характерны
первичная легочная гипертензия
обратное расположение внутренних органов
бронхоэктазы
хронические синуситы
гепатоспленомегалия
- 182 Для острого гипервитаминоза Д характерны
гипергидроз
рвота
отказ от еды
лихорадка
мышечная гипотония
- 183 Анатомическими признаками тетрады Фалло являются
стеноз легочной артерии
стеноз аорты
транспозиция аорты
гипертрофия миокарда
дефект межжелудочковой перегородки
- 184 При наследственном нефрите у ребенка часто выявляются
тугоухость
патология суставов
изменения со стороны глаз
олигофрения
врожденные пороки сердца
- 185 К группе хромосомных заболеваний относятся
болезнь Дауна
синдром Альпорта
синдром Шерешевского-Тернера
синдром Патау
синдром Эдварса
- 186 Для муковисцидоза характерны
полифекалия
мекониальный илеус
гипернатриемия
стеаторея
ателектазы
- 187 При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются
одышка и непереносимость физической нагрузки
повторные пневмонии
акцент второго тона на легочной артерии
судороги
тахикардия
- 188 Для непереносимости белков коровьего молока характерно
появление диареи при грудном вскармливании
кожные проявления аллергии
появление диареи после введения коровьего молока
обнаружение в крови специфических АТ к белкам коровьего молока

- стеаторея
- 189 Для СД 1 типа характерно
похудание
увеличение селезенки
потливость
желтуха
- 190 Отдаленными последствиями избыточного потребления белка ребенком в первые месяцы жизни являются
инсулиннезависимый сахарный диабет
диффузно-токсический зоб
синдром дефицита внимания
метаболический синдром
- 191 Принципами диетотерапии при ОКИ у детей раннего возраста являются
дозированное кормление
водно-чайная пауза
использование адаптированных кисломолочных смесей
использование низколактозных адаптированных молочных смесей
- 192 Ребёнку с признаками непереносимости белков коровьего молока показано назначение смесей
соевых
кисломолочных
с частичным гидролизом белков
на основе полного гидролиза белков
аминокислотных
- 193 При функциональных запорах у детей 1 -го года жизни на искусственном вскармливании рекомендуется использовать смеси
кисломолочные
молочные с добавлением клейковины рожкового дерева
соевые
на основе частично гидролизованных белков
молочные, содержащие лактулозу
- 194 В развитии острой дыхательной недостаточности выделяют 3 стадии
начальная, глубокой гипоксии, гипоксемическая кома
начальная, гипоксемическая кома, выздоровление
острая гипоксия, начальная, гипоксемическая кома
острая гипоксия, глубокая гипоксия, гипоксемическая кома
- 195 Для дыхательной недостаточности 1 степени по данным КОС крови характерно
метаболический или дыхательный ацидоз
декомпенсированный смешанный ацидоз
алкалоз
КОС компенсировано
- 196 При пневмонии вентиляционная недостаточность
обструктивная

рестриктивная
интерстициальная
смешанная
- 197 При экссудативном плеврите вентиляционная недостаточность
обструктивная
рестриктивная
интерстициальная
смешанная
- 198 Для дыхательной недостаточности 2 степени по данным КОС крови характерно
метаболический или дыхательный ацидоз

- декомпенсированный смешанный ацидоз
алкалоз
КОС компенсировано
- 199 Запор у детей старше 3-х лет - это частота дефекаций
реже 5 раз в неделю
4 раза в неделю
реже 3 раз в неделю
реже 1 раза в день
- 200 Ведущую роль в патогенезе язвенного колита играют
аутоиммунные нарушения
аллергические реакции замедленного типа
токсические повреждения слизистой оболочки толстой кишки
дисахаридазная недостаточность
- 201 Для глазной формы токсокароза наиболее характерно
передняя катаракта
односторонняя лейкокория
колобома
повышение внутриглазного давления
- 202 Для энтеробиоза наиболее характерно
диарея
кровь в стуле
перианальный зуд
анемия
- 203 Клиническая картина аскаридоза включает в себя фазы
миграционную и кишечную
миграционную и прогрессирующую
кишечную и регрессирующую
прогрессирующую и стационарную
- 204 При лечении энтеробиоза у детей старше года дозировка мебендазола составляет
100 мг однократно
150 мг в течение 3 дней
200 мг однократно
50 мг x 2 раза в день в течении 5 дней
- 205 Диагноз энтеробиоза ставится на основании
копрограммы
кала на яйца глистов
соскоба методом Грэхема
кала на дизгруппу
- 206 Влажные мелкопузырчатые хрипы - патогномичный признак при
бронхите
бронхопневмонии
бронхиальной астме
эмфиземе
- 207 Сухие свистящие хрипы - патогномичный признак при
пневмонии
простом бронхите
эмфиземе

бронхиальной астме
- 208 Триггером развития системной склеродермии считается
пищевая аллергия
хеликобактер пилори
инсоляция

- гельминтоз
- 209 При системном ювенильном идиопатическом артрите поражается не более одного сустава
2-3 сустава
4-5 сустава
более 5 суставов
- 210 К поражению глаз при ювенильном идиопатическом артрите относится иридоциклит
пигментная дегенерация сетчатки
катаракта
конъюнктивит
- 211 Болезнь Стилла характерна для системной красной волчанки
ювенильного идиопатического артрита
системной склеродермии
дерматомиозита
- 212 Синдром Рейно относится к критериям диагностики системной красной волчанке
ювенильного идиопатического артрита
системной склеродермии
дерматомиозита
- 213 При базисной терапии коллагенозов доза кортикостероидов составляет от 0,5 до 1,5 мг/кг в сутки

от 2,0 до 5,0 мг/кг в сутки
от 5,0 до 10,0 мг/кг в сутки
от 15,0 до 30,0 мг/кг в сутки
- 214 Препаратом выбора при судорожном синдроме является толперизон
неостигмина бромид
диазепам
атропин
- 215 При неотложной терапии коллапса применяют неостигмина бромид
кофеина бензоат
аминофиллин
эпинефрин
- 216 Для гипотиреоза типично запор
жидкий стул
нормальный стул
чередование жидкого стула с запором
- 217 Диагноз хронического вирусного гепатита можно выставить при обнаружении маркеров гепатита в течение
1 месяца
3 месяцев
5 месяцев
6 месяцев
- 218 Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных гепатитом В
гепатитом А
цитомегаловирусным гепатитом
гепатитом С

- 219 Ведущим критерием активности хронического гепатита является
нарастание уровня трансаминаз
нарастание уровня щелочной фосфатазы
снижение уровня трансаминаз
снижение уровня щелочной фосфатазы
- 220 Для острого панкреатита у детей наиболее характерна форма
деструктивная
интерстициальная
билиарная
лекарственная
- 221 Для дилатационной кардиомиопатии характерно
резкое расширение полостей сердца
уменьшение растяжимости стенок желудочков
выраженная гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки
нарушение ритма сердца
- 222 Наиболее часто при бактериальном эндокардите поражается клапан
митральный
аортальный
лёгочной артерии
трикуспидальный
- 223 Эхокардиографическим критерием бактериального эндокардита является
вегетации на клапанах
уплотнение створок клапанов
снижение сократительной способности миокарда
гипертрофия левого желудочка
- 224 В качестве стартовой терапии при бактериальном эндокардите у детей назначают
аминогликозиды
цефалоспорины
макролиды
пенициллины
- 225 Для аскультативной картины при миокардите у детей характерно
глухость сердечных тонов
акцент II тона на аорте
выраженная дыхательная аритмия
ритм галопа
- 226 Отёки при синдроме верхней полой вены появляются
сначала в области сердца, затем распространяются выше
сначала на лице и шее
сначала на ногах, затем распространяются выше
отмечается общая отёчность, анasarка
- 227 Синпневмонический плеврит
начинается одновременно с началом пневмонии
развивается на фоне отрицательной динамики пневмонии
является осложнением затяжных пневмоний
возникает после травмы
- 228 Гнойный плеврит является осложнением
bronхиолита
стафилококковой пневмонии
bronхиальной астмы
муковисцидоза
- 229 Компрессионные ателектазы сопровождаются
смещением органов средостения в здоровую сторону

- смещением органов средостения в сторону ателектаза
высоким стоянием диафрагмы на стороне поражения
бронхоэктазами
- 230 Гнойный плеврит является осложнением
туберкулеза легких
травмы грудной клетки
системного заболевания соединительной ткани
стафилококковой деструкции легких
- 231 Для оценки бактериурии используют
посев мочи
анализ мочи по Нечипоренко
пробу Зимницкого
общий анализ мочи
- 232 Для клинической картины нефротического синдрома характерно
макрогематурия
иктеричность склер
стойкая артериальная гипертензия
отеки при нормальном артериальном давлении
- 233 Для нефротического синдрома характерен комплекс лабораторных показателей
протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия,
гематурия, диспротеинемия, гиперкалиемика
оксалурия, цилиндрурия, диспротеинемия
протеинурия, глюкозурия, гипераминоацидурия, фосфатурия
- 234 Критерием тяжести нефротического синдрома являются
уровень креатинина сыворотки крови
степень гипоальбуминемии
степень гиперлипидемии
стойкая артериальная гипертензия
- 235 Доза преднизолона для лечения нефротического синдрома составляет
0,5 мг/кг/сут
1,0 мг/кг/сут
2,0 мг/кг/сут
3,0 мг/кг/сут
- 236 Обязательный лабораторный признак почечной недостаточности
повышение мочевины и креатинина
повышение калия в сыворотке крови
метаболический ацидоз
гипо натриемия
- 237 Для экссудативного плеврита характерно
амфорическое дыхание
крепитация
шум трения плевры
смещение границ относительной сердечной тупости в здоровую сторону
- 238 Миграция водителя ритма чаще встречается в
грудном возрасте
раннем возрасте
дошкольном возрасте
школьном возрасте
- 239 В ортостазе у здорового ребенка по сравнению с исходными данными ЧСС
увеличивается на 5-10%
увеличивается на 10-30%
уменьшается на 5 -10%

- не меняется
- 240 Дыхательная аритмия у детей является
вариантом возрастной нормы
признаком кардита
признаком кардиомиопатии
признаком врожденного порока сердца
- 241 Признаком дыхательной аритмии на ЭКГ является
расщепление комплекса QRS
вариабельность длительности сердечных комплексов
удлинение интервала P-Q
инверсия зубца T
- 242 Критерием миграции источника ритма на ЭКГ является
изменение формы и направления зубца P
расщепление комплекса QRS
инверсия зубца T
удлинение интервала P-Q
- 243 Экстрасистолия - это
внеочередное сокращение сердца
миграция источника ритма внутри синусового узла
урежение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
- 244 Тригеминия - это
появление экстрасистол после каждого нормального сокращения
беспорядочное сокращение с нормальным ритмом сердца
несколько внеочередных сокращений
появление экстрасистол после двух нормальных сокращений
- 245 Для пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии характерно
ЧСС выше 180-200 ударов в минуту
внеочередное сокращение сердца
миграция водителя ритма внутри синусового узла
учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
- 246 К нарушению функции образования импульса относится
атрио-вентрикулярная блокада
синдром удлинения QT
миграция водителя ритма
синдром слабости синусового узла
- 247 При приступе Морганьи-Эдамса-Стокса на ЭКГ определяется
синусовая брадикардия
миграция источника ритма
атриовентрикулярная блокада I ст
полная атриовентрикулярная блокада
- 248 Признаком мерцательной аритмии на ЭКГ является
изменение формы и направления зубца P
появление вместо зубца P большого количества f волн
удлинение интервала P-Q
расщепление комплекса QRS
- 249 При синдроме удлинения QT развивается
полиморфная желудочковая тахикардия
трепетание предсердий
полная атриовентрикулярная блокада
предсердная экстрасистолия
- 250 Для усиления сократительной способности миокарда используют

фуросемид
калия и магния аспарагинат
амиодарон
дигоксин

- 251 Обморок - это резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
- 252 Коллапс - это слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
- 253 Шок - это резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
- 254 Причиной повышения артериального давления у подростков чаще является эссенциальная артериальная гипертензия
заболевания почек
заболевания эндокринной системы
врожденные пороки сердца
- 255 При остром постстрептококковом гломерулонефрите повреждение клубочка вызвано токсинами стрептококка
провоспалительными цитокинами
иммунными комплексами
антителами к гломерулярной базальной мембране
- 256 Типичными клиническими симптомами острого постстрептококкового гломерулонефрита являются гипертензия, умеренные отеки, макрогематурия
нормотензия, анасарка, светлая моча
макрогематурия, нормотензия, отсутствие отеков
макрогематурия, гипертензия, анасарка
- 257 Дети с хроническим гломерулонефритом наблюдаются
в течение 5 лет
в течение 3 лет
в течении 1 года
до перевода во взрослую поликлинику
- 258 При гломерулонефрите поражаются
клубочки
интерстиций
канальцы
эпителий лоханки
- 259 В 1 мл гепарина содержится

10000 ЕД
5 000 ЕД
3 000 ЕД
1 000 ЕД

- 260 Олигурия - это
недержание мочи ночью
снижение суточного количества мочи
снижение суточных колебаний удельного веса мочи
нарушение соотношения между дневным и ночным диурезом
- 261 Клиренс эндогенного креатинина оценивает
реабсорбционную функцию почек
секреторную функцию почек
величину суточного диуреза
фильтрационную функцию почек
- 262 Никтурия - это
преобладание ночного диуреза над дневным
снижение удельного веса мочи
увеличение диуреза в 2 раза
недержание мочи ночью
- 263 Для В12 -дефицитной анемии характерно наличие
микроцитоза
нормоцитоза
макроцитоза
шизоцитоза
- 264 К гиперхромным анемиям относится
фолиеводефицитная
железодефицитная
гемолитическая
апластическая
- 265 Гемолитическая анемия, вызываемая медикаментами, наиболее часто возникает у пациентов с дефицитом фермента
глутатион - пероксидаза
пируваткиназа
глутатион-редуктаза
глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа
- 266 Лабораторные признаки внутрисосудистого гемолиза
повышение цветового показателя
лейкопении
гемоглобинемия, гемоглобинурия
повышение уровня непрямого билирубина
- 267 К какому виду анемии относится болезнь Минковского - Шоффара?
гемолитическая
дефицитная
гипопластическая
постгеморрагическая
- 268 Для внутриклеточного гемолиза наиболее характерно
повышение непрямого билирубина + желтуха
повышение прямого билирубина + желтуха
повышение прямого билирубина + спленомегалия
гемоглобинемия, гемоглобинурия
- 269 Характерными симптомами тромбоцитопенической пурпуры являются
симметричная сыпь с локализацией на голенях
кровотечения в суставы, межмышечные гематомы

- телеангиоэктазия, сосудистые звездочки
носовые, маточные кровотечения, геморрагическая сыпь
- 270 Ревматической атаке наиболее часто предшествует
стрептококковая инфекция
стафилококковая инфекция
сепсис
ОРВИ
- 271 Для иммунной тромбоцитопенической пурпуры характерен тип кровоточивости
васкулитно-пурпурный
петехиально -пятнистый
гематомный
смешанный
- 272 Критерием тромбоцитопении является уровень тромбоцитов менее
50 г/л
100 г/л
150 г/л
200 г/л
- 273 Основным этиопатогенетическим фактором развития геморрагического васкулита является
инфекционный
аллергический
аутоиммунный
иммунопатологический
- 274 Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для
гемофилии
острой тромбоцитопенической пурпуры
болезни Рандю - Ослера
геморрагического васкулита
- 275 Гематомный тип кровоточивости характерен для
гемофилии
тромбоцитопатии
геморрагического васкулита
геморрагическая болезнь новорожденных
- 276 Гемофилия А наследуется
аутосомно - доминантно
рецессивно, сцепленно с X - хромосомой
рецессивно, сцепленно с Y - хромосомой
аутосомно-рецессивно
- 277 Развитие гемофилии В обуславливает дефицит плазменного фактора свертывания крови
фактора свертывания крови II
фактора свертывания крови VIII
фактора свертывания крови IX
фактора свертывания крови XI
- 278 Для сахарного диабета I типа в пубертатный период характерно
стабильность течения
наличие осложнений
уровень гликированного гемоглобина более 7%
лабильность течения
- 279 Нарушение толерантности к глюкозе диагностируется, если уровень глюкозы через 120 мин после приема глюкозы
менее 7,8 ммоль/л
более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
более 11,1 ммоль/л

- более 15 ммоль/л
- 280 Наиболее частой причиной летальности при сахарном диабете 1 типа является
кардиопатия
нефропатия
кома
нейропатия
- 281 Физиологическое влияние гормонов щитовидной железы на костную ткань у детей заключается в
ремоделирование костной ткани
замедлении оссификации костной ткани
ускорении темпов роста
развитии остеопороза
- 282 Вторичный гипотиреоз характеризуется поражением
щитовидной железы
паращитовидной железы
гипофиза
гипоталамуса
- 283 Для вторичного гипотиреоза характерно
понижен ТТГ, понижен Т4, Т3
повышен ТТГ, понижен Т4, Т3
понижен ТТГ, повышен Т4, Т3
нормальный ТТГ, повышен Т4, Т3
- 284 Характерные изменения лабораторных показателей при диффузном токсическом зобе

ТТГ -повышен, уровни тиреоидных гормонов повышены
ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов понижены
снижение ТТГ, повышение уровней тиреоидных гормонов
ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов в пределах нормы
- 285 При гипопаратиреозе наблюдается
гипокальциемия, гиперфосфатемия
гипокальциемия, гипофосфатемия
гиперкальциемия, гиперфосфатемия
гиперкальциемия, гипофосфатемия
- 286 Укажите основные симптомы гипопаратиреоза
судороги конечностей и тетания
задержка психомоторного развития
полноценный сон
риносинуситы
- 287 Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является
бета-гемолитический стрептококк группы А
бета-гемолитический стрептококк группы В
золотистый стафилококк
вирусы
- 288 При митральной недостаточности выслушивается
протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
рочущий пресистолический шум на верхушке
систо-диастолический шум на верхушке
- 289 При митральном стенозе выслушивается
протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
рочущий пресистолический шум на верхушке
систо-диастолический шум на верхушке

- 290 При аортальной недостаточности выслушивается систоло-диастолический шум на верхушке
диастолический шум во 3-4 межреберье слева от грудины
диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины
систолический шум во 2 межреберье справа от грудины
- 291 Дебют острой ревматической лихорадки происходит преимущественно в раннем возрасте
дошкольном возрасте
школьном возрасте
грудном возрасте
- 292 Острый лимфобластный лейкоз диагностируется при наличии более 25% бластных клеток в мазке костного мозга
более 30% бластных клеток в мазке костного мозга
более 35% бластных клеток в мазке костного мозга
более 40% бластных клеток в мазке костного мозга
- 293 Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие цитохимические данные
наличие активности миелопероксидазы
отсутствие активности миелопероксидазы
положительная реакция на липиды
слабое диффузное окрашивание цитоплазмы при ШИК-реакции
- 294 Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие синдромы
иммунодефицитный, бронхообструктивный, анемический
анемический, нефритический, пролиферативный
анемический, геморрагический, пролиферативный
гипертензионный, иммунодефицитный, геморрагический
- 295 Характерными клиническими симптомами нейрорлейкоза являются энцефалит, артериальная гипертензия

внутрижелудочковые кровоизлияния
корешковый синдром
менингоэнцефалит, миелит
- 296 Наиболее опасным в плане развития инфекционных осложнений при лейкозе является снижение уровня нейтрофилов
менее 1500 в 1 мкл
менее 2000 в 1 мкл
менее 2500 в 1 мкл
менее 3000 в 1 мкл
- 297 Внелимфатическое (экстранодальное) поражение при лимфогранулематозе часто проявляется в сетчатке
коже
легочной ткани
миокарде
- 298 Лимфаденопатия - это
увеличение периферических лимфоузлов в 3 и более группах, без воспалительного процесса
увеличение периферических лимфоузлов любой локализации, с субфебрилитетом
увеличение всех лимфоузлов, без воспалительного процесса
увеличение всех лимфоузлов в 3 и более группах, с воспалительным процессом
- 299 Основным морфологическим признаком лимфогранулематоза
нейробласты с незначительными признаками дифференциации
клетки Березовского-Штернберга
наличие в нейтрофилах телец Альдера
наличие в цитоплазме лимфоцитов телец Митвоха

- 300 Ожирение при синдроме Иценко-Кушинга характеризуется избыточным отложением жира на лице, груди, плечевом поясе избыточным отложением жира на животе и бедрах равномерным распределением ПЖК
равномерным висцеральным
- 301 Критерием преждевременного полового развития у девочек является появление вторичных половых признаков
до 6 лет
до 8 лет
до 10 лет
до 12 лет
- 302 О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков
до 7 лет
до 9 лет
до 11 лет
до 13 лет
- 303 Этиологией истинного преждевременного полового развития является опухоли яичек
опухоли яичников
гамартомы гипоталамуса
опухоли надпочечников
- 304 В пучковой зоне коркового слоя надпочечников образуются андрогены, эстрогены
кортизол, кортикостерон
альдостерон, дезоксикортикостерон
адреналин, норадреналин
- 305 При хронической надпочечниковой недостаточности отмечается снижение продукции минерало- и глюкокортикоидов
повышение продукции минерало- и глюкокортикоидов
снижение продукции глюко- и повышение продукции минералокортикоидов
повышение продукции глюко- и снижение секреции минералокортикоидов
- 306 В сетчатой зоне коркового вещества надпочечников синтезируются кортизол, кортикостерон
альдостерон, дезоксикортикостерон
адреналин, норадреналин
андрогены, эстрогены
- 307 При первичной хронической надпочечниковой недостаточности в ответ на введение экзогенного АКТИ содержание кортизола сначала снизится, затем повысится
снизится
не изменится
повысится
- 308 К клиническим проявлениям острой надпочечниковой недостаточности относятся рвота, доскообразный живот, гематурия
рвота, боли в животе, снижение АД, акроцианоз, слабость, анурия
рвота, головные боли, повышение АД, “+” симптомы Брудзинского
рвота, боли в животе, болезненность в левом подреберье
- 309 Для мочевого синдрома при пиелонефрите характерна кристаллурия
протеинурия
гематурия

лейкоцитурия + бактериурия

- 310 Для клинической картины острого пиелонефрита характерны лихорадка выше 38° С, боли в животе, пояснице, дизурия учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре ночное недержание мочи при нормальной температуре субфебрилитет без явных жалоб
- 311 Самым частым возбудителем инфекции мочевых путей является
Proteus vulgaris
Klebsiella pneumoniae

E. coli
Staphylococcus epidermalis
- 312 Для клинической картины острого цистита характерно лихорадка выше 38° С, боли в животе, пояснице, дизурия учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре субфебрилитет без явных жалоб ночное недержание мочи при нормальной температуре
- 313 Пиелонефрит считается вторичным, если он развивается на фоне пузырно -мочеточникового рефлюкса атопического дерматита хронического тонзиллита запоров
- 314 Пиелонефрит считается обструктивным, если он развивается на фоне упорной кристаллурии рецидивирующего цистита гипоплазии почки гидронефроза, мегауретера
- 315 Бактериурией считается выделение с мочой условно-патогенной флоры в количестве более
100 000 микробных тел на мл
1000 000 микробных тел на мл
10 000 микробных тел на мл
1000 микробных тел на мл
- 316 В анализе мочи по Нечипоренко количество лейкоцитов в норме не должно превышать
500 в 1 мл
1000 в 1 мл
2000 в 1 мл
5000 в 1 мл
- 317 Микционная цистография позволяет диагностировать неполное удвоение почки врожденный гидронефроз цистит пузырно -мочеточниковый рефлюкс
- 318 В качестве стартовой антибиотикотерапии при пиелонефрите у детей назначают цефалоспорины 1-го поколения макролиды цефалоспорины 3-го поколения фторхинолоны
- 319 Препаратом выбора в лечении пневмонии вызванной микоплазмой являются антибиотики из группы фторхинолонов защищенных пенициллинов макролидов пенициллинов

- 320 Препаратом выбора в лечении домашней пневмонии у детей являются антибиотики из группы макролидов
карбопенемов
фторхинолонов
защищенных пенициллинов
- 321 Одним из звеньев патогенеза бронхиальной астмы является гиперреактивность бронхов
сниженная реактивность бронхов
бактериальное воспаление дыхательных путей
нарушение мукоцилиарного клиренса
- 322 В основе патогенеза астматического статуса лежит

блокада М - холинорецепторов
повышенный синтез гистамина
блокада бета 2 - адренорецепторов
хроническое воспаление бронхов
- 323 Хрипы при простом хроническом бронхите
односторонние мелкопузырчатые
двусторонние сухие свистящие
двусторонние средне- и крупнопузырчатые
двусторонние мелкопузырчатые
- 324 Для эрадикации *H. pylori* у детей до 12 лет используют
эзомепразол + амоксициллин + нифурател
омепразол + спирамицин + висмута трикалия дицитрат
омепразол + альбендазол + висмута трикалия дицитрат
эзомепразол + рифампицин+нифурател
- 325 К ранним клиническими признакам перфорации язвы желудка относится
головная боль
доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
фебрильная температура
симптом Кернига
- 326 При гипермоторной дискинезии желчного пузыря характерны
тупые распирающие боли в околопупочной области
постоянные распирающие боли в правом подреберье
приступообразные кратковременные боли в правом подреберье
поздние боли в эпигастрии
- 327 Эхографическим признаком желчекаменной болезни является
гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря
гиперэхогенные включения с акустической тенью в просвете желчного пузыря
утолщение стенки желчного пузыря
повышение эхогенности паренхимы печени
- 328 Эвакуаторно-моторную функцию желудка улучшает препарат
эзомепразол
висмута трикалия дицитрат
папаверин
тримебутин
- 329 Для лечения желчекаменной болезни используют препараты
урсодезоксихолевой кислоты
бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов
адеметионин
артишока листьев экстракт
- 330 При неотложной терапии коллапса применяют

- кофеина бензоат, неостигмина метилсульфат
аминофиллин, кофеина бензоат
преднизолон, неостигмина метилсульфат
эпинефрин, фенилэфрин
- 331 Кашель с афонией является признаком
дифтерии гортани
острого ларингита
острой деструктивной пневмонии
психогенного кашля
- 332 При гиперфункции щитовидной железы показано назначение
тиамазола
левотироксина натрия
левотироксина натрия + лиотиронина
левотироксина натрия + лиотиронина + калия йодида
- 333 Наиболее частой процедурой в процессе подготовки к аллогенной трансплантации гемопоэтических
стволовых клеток является
деплеция а/р Т- лимфоцитов
- трансфузия эритроцитарной массы
инфузия альбумина
трансфузия в/в иммуноглобулинов
- 334 При развитии гастроинтестинальной формы реакции «трансплантат против хозяина» наблюдаются
стойкие запоры
диарея со спастическими болями в животе
острый панкреатит
калькулезный холецистит
- 335 Основным критерием диагностики острого лейкоза у детей является обнаружение в костном мозге
бластных клеток
более 5%
более 25%
более 40%
любого количества
- 336 Для клеток эритроидного ряда специфическим маркером является
гликофорин В
гликофорин С
гранулы серотонина
гликофорин А
- 337 Механизм действия инфликсимаба
ингибирует активность В лимфоцитов
ингибирует продукцию ИЛ-1
образует устойчивый комплекс с формами человеческого фактора некроза опухоли- альфа (ФНО-а)
образует устойчивый комплекс с IgE
- 338 Гепатотоксическим эффектом обладает
парацетамол
домперидон
цетиризин
- энтеросгель
- 339 Адалimumаб относится к классу
нестероидных противовоспалительных средств
глюкокортикостероидов
генно-инженерных биологических препаратов
иммуномодуляторов

- 340 Для болезни Крона характерно
воспаление только слизистой оболочки толстой кишки
воспаление слизистого и подслизистого слоя тонкой кишки
воспаление слизистого и подслизистого слоя толстой кишки
трансмуральное воспаление любого участка ЖКТ
- 341 Морфологическими признаками язвенного колита являются
крипт - абсцессы
гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах
лимфоангиоэктазии
артериовенозные мальформации
- 342 Для лечения язвенного колита применяют
антигистаминные
препараты 5 АСК
слабительные
желчегонные
- 343 При терапии бронхиальной астмы Омализумаб используется
в качестве базисной терапии
для купирования приступа
для купирования астматического статуса
по требованию
- 344 При базисной терапии бронхиальной астмы применяется ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС)

формотерол
будесонид
ипратропия бромид
недокромил натрия
- 345 Для купирования астматического статуса в первую очередь применяют
перорально глюкокортикостероиды
М-холиноблокаторы
В2-адреномиметики короткого действия
парентерально глюкокортикостероиды
- 346 Ведущую роль в патогенезе атопической бронхиальной астмы играет
реакция гиперчувствительности немедленного типа
реакция гиперчувствительности замедленного типа
иммунокомплексная реакция
действие механических и химических факторов
- 347 Отмена Омализумаба при лечении бронхиальной астмы приводит к
снижению общего IgE
повышению общего IgE
эозинофилии
изменений не происходит
- 348 Назовите фармакологические действия Омализумаба
блок запуска аллергической реакции вследствие связывания IgE-антител
анксиолитическое
антигистаминное
седативное
- 349 Для лучшего усвоения кальция назначают витамин
витамин Е
витамин К
витамин А
витамин Д

- 350 Инсулиновая помпа - это электронно-механическое устройство для внутримышечного введения инсулина в непрерывном режиме
электронно-механическое устройство для подкожного введения инсулина в непрерывном режиме
искусственная поджелудочная железа, работающая без вмешательства человека
инсулиновый дозатор, вживляемый в ПЖК
- 351 Искусственная поджелудочная железа может использоваться для улучшения кровообращения в тканях
определения осмолярности крови
определения содержания глюкозы в крови
улучшения когнитивных функций
- 352 При помповой терапии инсулин вводится
внутримышечно
внутривенно через катетер
внутрикожно
подкожно
- 353 Основным методом терапии сахарного диабета 1 типа является диетотерапия
стимуляции экзокринной части поджелудочной железы
инсулинотерапия
сахароснижающие препараты
- 354 Скорость клубочковой фильтрации при 2 стадии хронической болезни почек составляет
102-90 мл/мин
89-60 мл/мин
59-30 мл/мин
29-15 мл/мин
- 355 Диализное лечение следует начинать при скорости клубочковой фильтрации
менее 15 мл/мин
29-15 мл/мин
59-30 мл/мин
89-60 мл/мин
- 356 Для оценки скорости клубочковой фильтрации используют пробу
Зимницкого
Нечипоренко
Аддиса-Каковского
Реберга
- 357 Для 3 стадии хронической болезни почек характерно
СКФ >90 мл/мин, признаки нефропатии, нормальный креатинин сыворотки
СКФ менее 59-30 мл/мин, анемия, умеренная азотемия
СКФ 29-15 мл/мин, полиурия, остео дистрофия
СКФ менее 15 мл/мин, уремия, олигурия
- 358 При нефросцинтиграфии почек можно оценить
скорость и равномерность накопления радиофармпрепарата
снижение магистрального кровотока
анатомические структуры почки
снижение внутриорганного почечного кровотока
- 359 Допплер-эхокардиография - это метод, позволяющий
оценить размеры камер сердца
оценить движения структур сердца
оценить характер кровотока в сердечных полостях
получать пространственное изображение структур сердца
- 360 Спирометрия - это

- метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмно-скоростных показателей дыхания
метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
- это только измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
измерение газового состава крови
- 361 Пикфлоуметрия - это
метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
метод измерения газового состава крови
метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение ряда объёмно-скоростных показателей дыхания
метод измерения пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
- 362 Для проведения экскреторной урографии используют
магния сульфат
радиоактивный технеций
сульфат бария
йогексол (омнипак)
- 363 Язвенный колит диагностируется при проведении
колоноскопии
ирригографии
эзофагогастродуоденоскопии
ультразвукового исследования органов брюшной полости
- 364 Для оказания неотложной помощи при гипогликемическом состоянии легкой степени используется
прием быстроусваиваемых углеводов
введение глюкагона
введение инсулина короткого действия
введение инсулина пролонгированного действия
- 365 При эпиглоттите кашель характеризуется как
«лающий»
приглушённый
сухой навязчивый с репризами
влажный с трудноотделяемой мокротой
- 366 В норме пальпируются лимфатические узлы
околоушные, паратонзиллярные, надключичные
затылочные, подмышечные, околоушные
подмышечные, паратонзиллярные, паховые
надключичные, паховые, затылочные
- 367 При обострении атопической экземы стартовыми препаратами являются
топические глюкокортикоиды
ферменты
седативные препараты
антигистаминные препараты
- 368 Процентное соотношение нейтрофилов у детей старшего возраста составляет
палочкоядерные 0-1%, сегментоядерные 27-42%
палочкоядерные 1-6%, сегментоядерные 47-72%
палочкоядерные 6-10%, сегментоядерные 45-65%
палочкоядерные 5-11%, сегментоядерные 28-47%
- 369 Для гемолитической анемии характерно повышение
ретикулоцитов
тромбоцитов
эритроцитов
атипичных мононуклеаров

- 370 Лейкопения - это снижение количества лейкоцитов в периферической крови
ниже 4000 в 1 мкл
ниже 3500 в 1 мкл
ниже 3000 в 1 мкл
ниже 2000 в 1 мкл
- 371 У здорового ребенка 7 лет нормальным считается содержание в крови тромбоцитов
100-250 x 10⁹ /л
180-380 x 10⁹ /л

350-400 x 10⁹ /л
400-580 x 10⁹ /л
- 372 Время свертывания крови по Ли-Уайту в норме составляет
1-4 минут
5-7 минут
10-12 минут
14-16 минут
- 373 Гематокрит - это
отношение форменных элементов к общему объему крови
отношение ОЦК к массе тела
отношение гранулоцитов к общему количеству лейкоцитов
отношение содержания гемоглобина к общему количеству эритроцитов
- 374 Анемией считается снижение уровня гемоглобина (Hb) у детей раннего возраста
ниже 120 г/л
ниже 110 г/л
ниже 100 г/л
ниже 70 г/л
- 375 Понятие сдвиг лейкоцитарной формулы влево включает
увеличение содержания юных форм лейкоцитов
увеличение содержания зрелых форм лейкоцитов
увеличение общего числа лейкоцитов
перекрест формулы
- 376 Болезнь Шенлейн - Геноха относится к
тромбоцитопатиям
вазопатиям
коагулопатиям
нейропатиям
- 377 Для постановки диагноза геморрагический васкулит обязательно наличие

абдоминального синдрома
кожного синдрома
почечного синдрома
суставного синдрома
- 378 Лейкемоидные реакции встречаются при
тяжелых бактериальных инфекциях
лекарственной болезни
тяжелых отравлениях
иммунодефиците
- 379 При длительном течении гипопаратиреоза у детей могут появляться
боли в правом подреберье
желтушность кожных покровов
катаракта, задержка роста, кальциноз паренхимы почек
нарушения речи

- 380 Второй перекрест % содержания в формуле крови нейтрофилов и лимфоцитов у детей происходит в возрасте
- 4-5 месяцев
 - 2 года
 - 4-5 лет
 - 7 лет
- 381 Наиболее частым осложнением ожирения у детей является
- миокардиодистрофия
 - сахарный диабет I типа
 - артериальная гипертензия
 - неалкогольная жировая болезнь печени
- 382 Центры голода и насыщения расположены в
- гипоталамусе
 - коре головного мозга
 - крыше среднего мозга
 - продолговатом мозге
- 383 Крипторхизм - это
- врожденное отсутствие яичек
 - воспаление крайней плоти
 - отсутствие одного или двух яичек в мошонке
 - ущемление крайней плотью головки полового члена
- 384 Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание, можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через
- 2 недели
 - 1 месяц
 - 2 месяца
 - 3 месяца
- 385 Первичный туберкулезный комплекс - это
- первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
 - лимфангоит, лимфаденит
 - первичный легочный аффект
 - первичный легочный аффект, лимфаденит
- 386 Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является
- глистная инвазия
 - нарушение всасывания железа
 - хроническая кровопотеря
 - недостаточное поступление железа с пищей
- 387 Антибиотики при ветряной оспе назначают
- при тяжелой форме
 - при появлении гнойных осложнений
 - при энцефалите
 - с целью профилактики осложнений
- 388 Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из
- В-лимфоцитов
 - базофилов
 - макрофагов
 - Т-лимфоцитов
- 389 К фагоцитирующим клеткам относят
- моноциты
 - Т-лимфоциты
 - тучные клетки
 - плазмоциты

- 390 К показателям гуморального иммунитета относят уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е параметры фагоцитоза реакцию бласттрансформации лейкоцитов количество нормальных киллерных клеток (СД 16)
- 391 Оптимально терапия антибиотиками пенициллинового ряда при пневмонии проводится до нормализации температуры до полного рассасывания инфильтрата в лёгком до нормализации СОЭ до ликвидации токсикоза и 2-5 дней стойко нормальной температуры тела, при четкой положительной клинической динамике до 10 дней, независимо от клинической картины заболевания
- 392 Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки характерно осложнение хориоретинит миокардит геморрагический синдром стоматит
- 393 Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является интубация и искусственное дыхание положение на пораженной стороне активная кислородотерапия плевральная пункция и дренаж
- 394 Для выявления междолевого выпота в первую очередь показана томография боковой снимок плевральная пункция прямая рентгенограмма
- 395 Обструктивным легочным заболеванием является экзогенный аллергический альвеолит эозинофильная пневмония фиброзирующий альвеолит бронхиальная астма
- 396 При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать триметоприм/сульфаметоксазол (ко -тримоксазол) макролиды защищенные амоксициллины цефалоспорины 3-го поколения
- 397 Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных стероидов является кандидоз полости рта остеопороз гипергликемия синдром Иценко-Кушинга
- 398 Более быстрое диуретическое действие оказывает гидрохлоротиазид (гипотиазид) фуросемид (лазикс) ацетазоламид (диакарб) спиронолактон (верошпирон)
- 399 Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию ограничить физические нагрузки оставить под наблюдением, назначить пропранолол внутрь

- госпитализировать для обследования
- 400 При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести ультразвуковое исследование желудка
рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
фиброгастродуоденоскопию
внутрижелудочную рН-метрию
- 401 Для эзофагита характерно метеоризм
жидкий стул
тошнота
боли за грудиной
- 402 При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на креатинин
С-реактивный белок
глюкозу
билирубин
- 403 Для халазии кардии характерен следующий симптом запоры
боли натошак в эпигастрии
рецидивирующая рвота
метеоризм
- 404 Для ахалазии пищевода характерна рвота непереваренной пищей

рвота с примесью желчи
срыгивание через 1 час после еды
рвота переваренной пищей
- 405 Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием язвенной болезни
гастроэзофагорефлюксной болезни
панкреатита
гастрита
- 406 Селективность протеинурии определяют для оценки состояния петли Генле
эпителия дистальных канальцев
мембраны клубочков
эпителия проксимальных канальцев
- 407 Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет не более 10 мл
до 20-30 мл
до 40-50 мл
до 100 мл
- 408 При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с ультразвукового исследования мочевой системы
радионуклидного исследования почек
цистографии
ангиографии
- 409 Гипергаммаглобулинемия характерна для гломерулонефрита с нефротическим синдромом
волчаночного нефрита
острого постстрептококкового гломерулонефрита
тубулоинтерстициального нефрита

- 410 Ингибитором синтеза ангиотензина-II является
пропранолол
эналаприл
нифедипим
лозартан
- 411 Из осложнений острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом чаще наблюдается
гипертоническая энцефалопатия
отек легких
кровотечение
сердечная недостаточность
- 412 Для гипертонической энцефалопатии характерны
сердечная недостаточность
нарушение сердечного ритма
судороги, потеря сознания
одышка, хрипы в легких
- 413 При использовании венозных катетеров наиболее частым осложнением является
травма катетером сердца
флебит
эмболия
сепсис
- 414 При отравлении бледной поганкой развивается
судорожный синдром
острая почечная недостаточность
острая печеночная недостаточность
геморрагический синдром
- 415 В первые часы после отравления кислотами промывание желудка целесообразнее проводить
4 % раствором гидрокарбоната натрия
2 % раствором окиси магния
теплой водой
0,1 % раствором марганцовокислого калия
- 416 У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует
чистой водой
раствором марганца
раствором соды
водой с добавлением активированного угля
- 417 При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать
пульс на периферических сосудах
пульс на крупных артериях
сужение зрачков
улучшение цвета кожи и слизистых
- 418 Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерным синдромом является
судорожный синдром
круп
бронхиолит
лимфаденопатия
- 419 Наиболее характерным для парагриппа синдромом является
судорожный синдром
лимфаденопатия
геморрагический синдром
круп
- 420 Зрелый тип мочеиспусканий формируется у ребенка в возрасте

1,5-2 года
2-3 года
3-4 года

5-6 лет

- 421 Наиболее частой причиной возникновения расстройств мочеиспускания неорганического генеза у детей является
задержка созревания нервной системы
гипоталамо-гипофизарная дисфункция
психологические проблемы и стресс
неблагоприятная наследственность
- 422 Энурезом считается
непроизвольное мочеиспускание во время сна
недержание мочи при смехе
недержание мочи при императивном позыве на мочеиспускании
недержание мочи при отсутствии позыва к мочеиспусканию
- 423 Наиболее частым клиническим синдромом расстройств мочеиспускания у детей является
моносимптомный энурез
гиперактивный мочевой пузырь
гипоактивный мочевой пузырь
недержание мочи при смехе
- 424 Емкость мочевого пузыря у ребенка в 5 лет составляет
50-100 мл
70-120 мл
80-160 мл
100-200 мл
- 425 У ребенка школьного возраста поллакиурией считается частота мочеиспусканий более
5 раз в сутки
7 раз в сутки
8 раз в сутки
10 раз в сутки
- 426 Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является
офтальмогерпес
поражение кожи и слизистых
энцефалит
генерализованная форма
- 427 Среди впервые выявляемых больных наиболее распространена клиническая форма туберкулеза легких
очаговый
инфильтративный
кавернозный
милиарный
- 428 Развитие активного туберкулеза у человека, инфицированного микобактериями, могут спровоцировать
антибиотики широкого действия
глюкокортикостероиды
гемотрансфузии
анаболические гормоны
- 429 Маркером качественно проведенной вакцинации БЦЖ является
поствакцинный кожный знак (рубчик)
подмышечный лимфаденит
папула
отметка о прививке в документации
- 430 Пневмонию у детей старшего возраста чаще вызывает

- стрептококк группы А
золотистый стафилококк
пневмококк
гемофильная палочка
- 431 Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии
интерстициальной

очаговой
сегментарной
крупозной
- 432 Вирусная пневмония по форме чаще является
крупозной
деструктивной
интерстициальной
очаговой
- 433 Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии
микоплазменной
пневмоцистной
пневмококковой
грибковой
- 434 Наиболее частая форма менингококковой инфекции у детей
назофарингит
менингококкемия
менингит
менингоэнцефалит
- 435 При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамаза продуцирующими штаммами пневмококка,
целесообразно использовать
феноксиметилпенициллин
амоксциллин, потенцированный клавулановой кислотой
ампициллин
азитромицин
- 436 При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать
макролиды
полусинтетические пенициллины
цефалоспорины 1-го поколения
аминогликозиды
- 437 Рестриктивный синдром (уменьшение объёма и растяжимости лёгких) наиболее характерен для
синдрома Мунье - Куна
туберкулёза
синдрома Хаммана - Рича
гемосидероза
- 438 Артериальная гипертензия чаще всего наблюдается при
системной красной волчанке
геморрагическом васкулите
при узелковом полиартериите
при открытом артериальном протоке
- 439 Высокую гипертензию чаще обуславливает
порок развития сосудов почки
пиелонефрит
удвоение чашечно-лоханочной системы
наследственный нефрит
- 440 При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить

- кофеин
 - никетамид (кордиамин)
 - дигоксин
 - пропранолол
- 441 При возникновении выраженной тахикардии необходимо выполнить следующее действие
- положить пациента на спину и приподнять ноги
 - выполнить вагусные пробы
 - выполнить дефибрилляцию
 - придать устойчивое боковое положение
- 442 При приступе истерии у ребёнка необходимо
- позвать на помощь дополнительный персонал
 - зафиксировать ребёнка во избежание самоповреждений
 - минимизировать количество контактирующих с пациентом
 - вызвать реанимационную бригаду
- 443 Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
- ревматизма
 - гипертрофической кардиомиопатии
 - пароксизмальной тахикардии
 - поствирусного миокардита
- 444 Уровень гемоглобина в крови у детей при тяжелой степени анемии снижается ниже (г/л)
- 110 г/л
 - 90 г/л
 - 70 г/л
 - 50 г/л
- 445 Легкой степени анемии соответствует уровень гемоглобина (г/л)
- 120-100 г/л
 - 115-95 г/л
 - 110-90 г/л
 - 100-80 г/л
- 446 Незрелые формы кроветворных клеток, анемия, тромбоцитопения выявляются в периферической крови большинства детей с
- острым лейкозом
 - геморрагическим васкулитом
 - гемолитической анемией
 - тромбоцитопениями
- 447 Основным методом в диагностике лейкоза у детей является анализ периферической крови
- коагулограмма
 - биохимическое исследование крови
 - пункция костного мозга
- 448 Основным методом лечения детей с геморрагическим васкулитом является применение
- гепарина
 - аскорбиновой кислоты
 - аминокапроновой кислоты
 - витамина К
- 449 Детский хирург и педиатр одновременно наблюдают детей с геморрагическим васкулитом при
- простой форме
 - абдоминальном синдроме
 - почечном синдроме
 - кожно-суставной форме

- 450 При гемофилии А следует назначить концентрат VIII фактора
прямое переливание крови
переливание крови длительного хранения
«отмытые» эритроциты
- 451 При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только внутривенно
внутримышечно
подкожно
внутрикожно
- 452 Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией показание к немедленному введению
анальгетических средств
кровезаменителей
кальцийсодержащих препаратов
концентрированных антигемофильных препаратов
- 453 Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при алиментарных анемиях
гемофилии
тромбоцитопенической пурпуре
геморрагическом васкулите
- 454 Для скрининг-диагностики желчнокаменной болезни используют УЗИ органов брюшной полости
гепатобилисцинтиграфию
магнитно-резонансную томографию
обзорный снимок брюшной полости
- 455 Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным является фиброгастродуоденоскопия
рентгенография ЖКТ с барием
исследование кала на скрытую кровь
внутрижелудочная рН-метрия
- 456 Наличие изжоги свидетельствует о забросе желудочного содержимого в пищевод
повышении кислотности желудочного содержимого
диафрагмальной грыже
язвенной болезни желудка
- 457 Парапроктиты характерны для язвенного колита
болезни Крона
целиакии
дизентерии
- 458 Появление у ребенка среди полного здоровья стула с примесью крови и слизи, одновременно с болями в животе характерно для

ротавирусной инфекции
язвенного колита
алиментарной диспепсии
аскаридоза
- 459 Ректальное выделение крови - наиболее постоянный признак при лямблиозе
диарее путешественников
язвенном колите
хроническом запоре

- 460 Наиболее важными факторами развития желчнокаменной болезни у детей являются высококалорийное нерегулярное питание наследственные факторы ожирение, сахарный диабет застой желчи, воспаление
- 461 Для печеночной колики у детей характерны интенсивные острые боли в правом подреберье, выраженное беспокойство ребенка интенсивные острые боли в правой подвздошной области, выраженное беспокойство ребенка кинжальные боли в области эпигастрия, выраженное беспокойство ребенка схваткообразные боли по всему животу
- 462 Для улучшения обменных процессов гепатоцитов ребенку с хроническим гепатитом назначают интерферон преднизолон фосфолипиды левамизол
- 463 Лабораторным показателем синдрома холестаза является повышение в сыворотке крови уровня фибриногена мочевины

трансаминаз щелочной фосфатазы
- 464 Для острого холецистита у детей характерны клинические симптомы боли в животе, жидкий стул, метеоризм боли в правом подреберье, симптомы токсикоза, тошнота боли в эпигастрии, тошнота, изжога опоясывающие боли, повторная рвота
- 465 К препаратам, увеличивающим образование желчи в печеночной клетке относятся холеретики холекинетики холеспазмолитики гепатопротекторы
- 466 Для диагностики типа дисфункции желчного пузыря наиболее важными являются результаты биохимического анализа крови ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением его сократительной функции холецистографии ретроградной холангиопанкреатографии
- 467 Для острого холецистохолангита у детей характерна боль в правом подреберье быстропроходящая, непостоянная сильнейшая с иррадиацией в правое плечо, лопатку тупая, умеренной интенсивности ноющая, распирающая
- 468 Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для

острого панкреатита острого холецистохолангита хронического активного гепатита желчной колики
- 469 В биохимическом анализе крови у детей с острым панкреатитом характерно повышение уровня глюкозы холестерина амилазы аланинаминотрансферазы (АЛТ)

- 470 Определение содержания эластазы-1 в кале является диагностически значимым при
 лактазной недостаточности
 шигеллезе
 сальмонеллезе
 заболеваниях поджелудочной железы
- 471 Препаратом выбора с целью блокады секреторной функции поджелудочной железы является
 дротаверин
 октреотид
 индометацин
 азитромицин
- 472 Для снятия спазма сфинктера Одди при остром панкреатите показан
 лактулоза
 индометацин
 азитромицин
 дротаверин
- 473 Зуд в перианальной области, как основной симптом гельминтоза у детей, характерен для
 энтеробиоза
 описторхоза
 аскаридоза
 трихоцефалеза
- 474 Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей наиболее
 характерны для
 энтеробиоза
 аскаридоза
 описторхоза
 всех гельминтозов
- 475 Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о нарушении обмена
 кальция
 щавелевой кислоты
 пуринов
 цистина
- 476 Показанием к биопсии почки является
 поликистоз почек
 туберкулез почек
 гормонорезистентный нефротический синдром
 острый постстрептококковый гломерулонефрит
- 477 У детей артериальная гипертензия определяется, если уровень среднего АД при суточном измерении
 превышает процентиль кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста
 75 процентиль
 90 процентиль
 95 процентиль
 99 процентиль
- 478 При неэффективности терапии тяжёлого приступа бронхиальной астмы применяют
 эпинефрин внутривенно
 эпинефрин ингаляционно
 аминофиллин внутривенно
 аминофиллин перорально
- 479 Основная причина остановки сердца у детей
 первичная респираторная дисфункция

 сердечно-сосудистые нарушения
 нарушения центральной нервной системы

- аритмии
- 480 Неотложная помощь при системной анафилаксии
антигистаминный препарат
эпинефрин
будесонид
преднизолон
- 481 Аллергический ринит чаще всего обусловлен сенсibilизацией к
пыльце растений
антигенам бактериальных капсул
аллергенам животных
пищевым аллергенам
- 482 Характерный признак сенсibilизации бытовыми аллергенами
аллергические проявления могут проходить при перемене места жительства
умеренная эозинофилия
аллергические проявления появляются, как правило, весной
частое сочетание с пищевой аллергией
- 483 При приступе бронхиальной астмы эффективность ингаляционного применения Р2- агонистов
оценивается через
20 минут
5 минут
1 час
2-3 часа
- 484 При неэффективности Р2-агонистов короткого действия при приступе бронхиальной астмы лёгкого
течения, применяют
будесонид через небулайзер
преднизолон внутривенно
эпинефрин через небулайзер

сальбутамол через дозированный ингалятор
- 485 Наибольшую эффективность при аллергическом рините оказывают
назальные кортикостероиды
назальные кромоны
системные антигистамины
системные антилейкотриены
- 486 К антигистаминным препаратам II поколения относится
цетиризин
хлоропирамин
дифенгидрамин
клемастин
- 487 Исключение причинно-значимого аллергена при атопическом дерматите рекомендуется на срок
6-12 месяцев
1-2 месяца
3-4 месяца
1-2 недели
- 488 При хроническом течении атопического дерматита с выраженным ксерозом, предпочтительно
применять
мазь
крем
лосьон
эмульсию
- 489 После купирования лёгкого приступа бронхиальной астмы рекомендуется терапия
ингаляционными Р2-агонистами по потребности
пероральными антигистаминами на 7 дней

системными кортикостероидами на 3 дня
ингаляционными P2-агонистами 2 раза в день на 3 дня

- 490 Дефицит пульса - характерный симптом мерцательной аритмии
полной атрио-вентрикулярной блокады
суправентрикулярной экстрасистолии
суправентрикулярной тахикардии
- 491 Наиболее достоверный клинический признак острого миокардита
расширение границ сердца
тахикардия
приглушение тонов сердца при аускультации
выраженное снижение зубца Т на электрокардиограмме
- 492 Р-адреноблокаторы являются препаратами выбора при лечении гипертрофической кардиомиопатии
миокардита
феохромоцитомы
вазореальной артериальной гипертензии
- 493 Терапия хронического неревматического кардита включает кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики
антибактериальные препараты, витамины, пробиотики
фитотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру
нитраты, антигипертензивные, антикоагулянты
- 494 Доза амиодарона при сердечно-лёгочной реанимации у детей
1 мг/кг
5 мг/кг
100 мг/кг
0,01 мг/кг
- 495 При выявлении у пациента глюкозурии, в первую очередь, необходимо определить уровень глюкозы в крови натощак
провести глюкозотолерантный тест
ограничить употребление углеводов

определить уровень базального инсулина
- 496 Потенциальная проблема пациента при сахарном диабете
потеря зрения
остеопороз
лёгочное кровотечение
печёночная кома
- 497 Диета при артериальной гипертензии предполагает ограничение жидкости и соли
увеличение жиров и белков
увеличение жидкости и белков
ограничение жиров и углеводов
- 498 Развитию ятрогенного ожирения может способствовать длительный приём глюкокортикоидов
сахароснижающих препаратов
диуретиков
препаратов железа
- 499 Инсулинорезистентность - это нарушение метаболического ответа на эндогенный или экзогенный инсулин
повышение чувствительности тканей к инсулину

- повышение чувствительности тканей к инсулину, приводящее к активации инсулинозависимой утилизации глюкозы
резкое повышение чувствительности тканей к действию инсулина
- 500 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости пациентам с ожирением проводят с целью выявления неалкогольной жировой болезни печени
диагностики холепагии
выявления врожденных аномалий развития
определения толщины подкожного жира
- 501 Метод, позволяющий наиболее точно определить количество жировой ткани в организме
биоимпедансометрия
подсчёт индекса массы тела
определение толщины жировой складки
полисомнография
- 502 Целевой уровень артериального давления для подростков с метаболическим синдромом без протеинурии, менее
130/85 мм рт. ст.
110/85 мм рт. ст.
100/70 мм рт. ст.
105/85 мм рт. ст.
- 503 При метаболическом синдроме показатель липопротеидов высокой плотности
снижен
повышен
не изменяется
значительно превышает норму
- 504 Постпрандиальная гликемия показывает уровень глюкозы
через 2 часа после приёма пищи
натощак
через 1 час после приёма пищи
через 30 минут после приёма пищи
- 505 Показатель HbA1c информирует о среднем уровне глюкозы в крови в течение
120 дней
30 дней
1-2 недель
6 месяцев
- 506 В фазе экссудативного воспаления из физических методов лечения используются
электрофорез

электрическое поле УВЧ (ультравысокой частоты)
индуктотермия
дарсонвализация
- 507 Оральный глюкозотолерантный тест назначают с целью определения уровня
глюкозы в плазме натощак и через 2 часа после приёма глюкозы
глюкозы в плазме натощак и через 30 минут после приёма глюкозы
инсулина в крови
глюкозы крови в течение суток
- 508 При лечении метаболического синдрома инсулинотерапия назначается
при отсутствии эффекта от других препаратов
сразу после постановки диагноза для компенсации углеводного обмена
для компенсации гиперхолестеринемии
как вспомогательное средство
- 509 При оценке результатов орального глюкозотолерантного теста нарушением толерантности к глюкозе считается уровень глюкозы

- натощак - 5,6-6,9 ммоль/л, через 2 ч - 7,8-11,1 ммоль/л
натощак - менее 5,6 ммоль/л, через 2 ч - менее 7,8 ммоль/л
натощак - 7,0 ммоль/л, через 2 ч - > 11,1 ммоль/л
- 510 О почечном происхождении эритроцитов свидетельствует
обнаружение выщелоченных эритроцитов
одновременное обнаружение эритроцитов и гиалиновых цилиндров
обнаружение эритроцитарных цилиндров
нарастание микрогематурии во 2 и 3 порциях мочи при трёх-стаканной пробе
- 511 Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче свидетельствует
хроническом гломерулонефрите
хроническом пиелонефрите
амилоидозе почек
патологии почек без дифференциации заболевания
- 512 В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанный нефрит» соответствует сочетание
гематурии и отеков
гипертензии и нефротического синдрома
гематурии и артериальной гипертензии
нефротического синдрома и гематурии
- 513 Возникновению острого пиелонефрита чаще всего способствует
охлаждение
перегревание
нарушение пассажа мочи
острый цистит
- 514 Для выявления бактериурии целесообразно исследование
ночной мочи
утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря
мочи, взятой в любое время суток
мочи, взятой катетером
- 515 У детей высокое нормальное давление определяется, если уровень АД находится в диапазоне кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста
от 75 до 90 перцентиля
от 90 до 95 перцентиля
более 95 перцентиля
более 99 перцентиля
- 516 При подозрении на феномен «гипертонии на белый халат» у ребенка показано проведение холтеровского мониторирования электрокардиограммы
клинического анализа крови
суточного мониторирования артериального давления
эхокардиографии
- 517 К нарушению функции образования импульса относится
синдром слабости синусового узла
атрио-вентрикулярная блокада
синдром удлинения QT
миграция водителя ритма
- 518 Термин макрогематурия используется при наличии эритроцитов в моче
более 50 в п/зрения
более 100 в п/зрения
более 500 в п/зрения
приводящее к изменению цвета мочи
- 519 К функциональной протеинурии относится

- ортостатическая протеинурия
лихорадочная протеинурия
протеинурия напряжения
протеинурия переполнения
- 520 Диагностика острого цистита основана на
клинико-лабораторных маркерах
данных цистоскопии
данных посева мочи
данных общего анализа мочи
- 521 Диагностика хронического цистита основана на
клинико-лабораторных маркерах
данных цистоскопии
данных посева мочи
данных общего анализа мочи
- 522 Основной клинический признак нефротического синдрома
повышение артериального давления
макрогематурия
отеки
олигурия
- 523 Для установления диагноза инфекции мочевой системы наибольшее значение имеет
общий анализ мочи
анализ мочи по Зимницкому
анализ мочи по Нечипоренко
посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
- 524 К базовым препаратам при лечении аутоиммунного гепатита относится
урсодезоксихолевая кислота
адеметионин
преднизолон
эссенциале
- 525 Высокие цифры выдыхаемого оксида азота характерны для больных
аллергическими заболеваниями легких
пороками развития легких
туберкулезом
ковид-инфекцией
- 526 Пневмония у детей - диагноз
рентгенологический
исключительно клинический
клинико-рентгенологический
лабораторно-клинический
- 527 К ноцицептивной боли относится
соматическая боль
висцеральная боль
аллодиния и каузалгия
соматическая и висцеральная боль
деафферентационная боль
- 528 Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется организациями системы
здравоохранения
- государственной и муниципальной
муниципальной и частной
государственной, муниципальной и частной
государственной и частной

- 529 Направление ребенка на медико-социальную экспертизу осуществляет участковый врач-педиатр
врач узкой специальности в зависимости от диагноза, приведшего к инвалидности
врачебная комиссия
заведующий отделением
- 530 Рестриктивный тип дыхательной недостаточности вызывают пневмоторакс
пневмония
бронхиолиты
фиброзирующий альвеолит
обструктивный бронхит
- 531 Наиболее частые причины возникновения запоров у детей частые респираторные вирусные инфекции
подавление позыва на дефекацию
непереносимость белка коровьего молока
хроническая анальная трещина
избыточное количество углеводов в рационе
- 532 Ведущими клиническим симптомами запоров являются плотный фрагментированный характер стула
урчание по ходу толстой кишки
боли в нижних отделах живота
пальпирующиеся плотные каловые массы
неустойчивый стул
- 533 Типы язвенного колита по локализации подразделяют на проктит
левосторонний колит
диффузный колит
тотальный колит
- 534 Физиологической функцией кашля является восстановление проходимости дыхательных путей
восстановление мукоцилиарного клиренса
поддержание газового состава крови
сохранение ФЖЕЛ
- 535 Влажный продуктивный кашель характерен для бронхиальной астмы
плеврита
бронхита
муковисцидоза
трахеита
- 536 К лабораторным критериям системной красной волчанки относятся антистрептолизин-О
волчаночные клетки
антитела к двуспиральной ДНК
лейкопения
гипогаммаглобулинемия
- 537 Для суставного синдрома при ювенильном идиопатическом артрите характерно продолжительность артрита более 6 недель
продолжительность артрита 3 месяца и более
симметричное поражение мелких суставов
контрактура сустава
тендосиновит или бурсит
- 538 CREST - синдром при системной склеродермии включает кальциноз
эзофагит

- телеангиэктазии
склеродактилию
ретинопатию
феномен Рейно
- 539 В терапии отека Квинке используют
преднизолон
клемастин
эпинефрин
неостигмина метилсульфат
диазепам
- 540 В терапии розового типа лихорадки используют
диазепам
парацетамол
хлорпромазин
нимесулид
физические методы охлаждения
- 541 Для купирования лихорадки бледного типа применяют
нестероидные противовоспалительные препараты
хлорпромазин
полусинтетические пенициллины
дантролен
спазмолитики
- 542 К гепатопротекторам относятся
урсодезоксихолевая кислота
эзомерпазол
артишока листьев экстракт
домперидон
адеметионин
- 543 К гепатотоксичным препаратам относятся
парацетамол
витамин Д3
гепарин натрия
метотрексат
вальпроевая кислота
- 544 Кардиомиопатии классифицируются по следующим фенотипам
гипертрофический
гипертензионный
рестриктивный
циркуляторный
дилатационный
- 545 При целиакии исключают из рациона
пшеницу
рис
овес
рожь
просо
- 546 Характерными клиническими признаками при целиакии являются
диарея у детей раннего возраста
гепатомегалия
задержка физического развития
анемия
запоры у детей старшего возраста
- 547 Для идиопатического гемосидероза легких характерны

- кашель
одышка
бронхоэктазы
обратное расположение внутренних органов
анемия
- 548 Для первичной легочной гипертензии характерны
артериальная гипертензия
одышка при физической нагрузке
цианоз
полицитемия
обратное расположение внутренних органов
- 549 Междолевой сухой плеврит характеризуется
отсутствием клинических проявлений
сухим болезненным кашлем
диагностируется лишь при рентгенологическом исследовании
выраженным ограничением подвижности легочного края
- 550 Дифференциальный диагноз фибринозного плеврита проводят с
эзофагитом
межреберной невралгией
крупозной пневмонией
холециститом
стенозирующим ларингитом
- 551 Для оценки функции почек используют
определение креатинина сыворотки крови
общий анализ мочи
определение мочевины сыворотки крови
анализ мочи по Нечипоренко
пробу Зимницкого
- 552 Последствиями постоянной кристаллурии могут быть
гломерулонефрит
пиелонефрит
мочекаменная болезнь
хронический тубулоинтерстициальный нефрит
паранефральный абсцесс
- 553 Для лечения тахиаритмий применяют
калия и магния аспарагинат
каптоприл
нимесулид
амиодарон
пропафенон
- 554 К симптомам полной атриовентрикулярной блокады относятся
резкая брадикардия
гипотония
тахикардия
потеря сознания
резкое возбуждение
- 555 Для гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерно
макрогематурия
протеинурия более 3 г/л
гиперлипидемия
стойкая артериальная гипертензия
гипопротеинемия
- 556 Для гломерулонефрита характерны синдромы
мочевой

- геморрагический
отечный
гипертензионный
дизурический
- 557 Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерны
диарея
энцефалопатия
бледность
желтуха
лихорадка
- 558 Для болезни Минковского - Шоффара характерны
гипохромная анемия
нормохромная анемия
ретикулоцитоз
микросфероцитоз
прямая гипербилирубинемия
- 559 К противовирусным препаратам относятся
тилорон
циклоспорин
инозин пранобекс
мегломина акридоацетат
цефтриаксон
- 560 При геморрагическом васкулите Шенлейна - Геноха выделяют синдромы
кожный
суставной
почечный
легочный
абдоминальный
- 561 Общими противопоказаниями для назначения физиотерапевтического лечения являются
злокачественные образования
ранний возраст
активная фаза воспаления
ожирение
лихорадка
- 562 Продолжительность жизни при сахарном диабете зависит от
наличия осложнений
длительности заболевания
уровня гликированного гемоглобина
остаточной секреции инсулина
дозы инсулина
- 563 К инсулинзависимым тканям относятся
жировая ткань
мышечная ткань
миокард
головной мозг
почечная паренхима
- 564 К симптомам, характерным для тиреотоксикоза у подростков, относятся
агрессивность
эмоциональная лабильность
апатия
сонливость
тахикардия
- 565 Для хореи характерны

- гиперкинезы
 - периферические парезы
 - мышечная гипотония
 - гиперрефлексия
 - энурез
- 566 Соматические мутации клеток-предшественниц кроветворения вызывают
- радиационное облучение
 - пыльцевые аллергены
 - паразитарные инфекции
 - онковирусы
 - эндо- и экзоканцерогены
- 567 К методам лечения острого лимфобластного лейкоза относят
- химиотерапию
 - сопроводительную терапию
 - интерферонотерапию
 - трансплантацию костного мозга
 - биологические активные добавки
- 568 Формирование вторичных половых признаков у девочек начинается с
- увеличения молочных желез
 - лобкового оволосения
 - менархе
 - формирование овуляторных циклов
 - усиление активности сальных и потовых желез
- 569 К клиническим синдромам при пиелонефрите относятся
- фебрилитет
 - мочевой синдром
 - геморрагический синдром
 - синдром артериальной гипертензии
 - боли в поясничной области
- 570 Признаками очагового уплотнения легочной ткани являются
- крепитация
 - усиление голосового дрожания
 - ослабленное везикулярное дыхание
 - притупление перкуторного звука
 - коробочный оттенок перкуторного звука
- 571 Механизм бронхиальной обструкции при бронхиальной астме обусловлен
- бронхоспазмом
 - гиперсекрецией слизи бронхиальных желез
 - компрессией извне
 - воспалением слизистой стенки бронхов
 - снижением растяжимости альвеол
- 572 Антихеликобактерным действием обладают следующие препараты
- омепразол
 - висмута трикалия дицитрат
 - кларитромицин
 - метронидазол
 - алгелдрат + магния гидроксид
- 573 Осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей являются
- пенетрация
 - перфорация
 - мальдигестия
 - мальабсорбция
 - кровотечение

- 574 Для паротитной инфекции характерны
панкреатит
поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
энцефалит
нефрит
орхит (или аднексит)
- 575 Для экссудативного плеврита характерны
ослабление дыхания
бронхиальный тип дыхания
притупление перкуторного звука
ослабленное голосовое дрожание
шум трения плевры
- 576 Для гемолитико-уремического синдрома характерны
анемия
прямая гипербилирубинемия
непрямая гипербилирубинемия
тромбоцитопения
олигурия
азотемия
- 577 Нестероидные противовоспалительные препараты рекомендуются при
ревматизме
ревматоидном артрите
болезни Верльгофа
посттравматическом артрите
реактивном артрите
- 578 Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать
усиление тромбообразования
повышенную кровоточивость
повышение артериального давления
возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
гипергликемию
- 579 При отеке легких наблюдаются
одышка
ортопноэ
большое количество влажных хрипов в легких
учащенное мочеиспускание
задержка мочеиспускания
- 580 К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности относятся
бледность кожных покровов
нитевидный пульс
падение артериального давления
артериальная гипертензия
гиперемия кожи
одышка
- 581 Для недостаточности привратника характерны
боли в эпигастрии во время еды
позыв на дефекацию во время еды
разжижение стула

рвота без примеси желчи
запоры
- 582 Причинами гипохромной анемии являются
дефицит железа
нарушение порфиринового обмена
дефицит фолиевой кислоты

- дефицит витамина В12
гемолиз
- 583 К основным причинам дефицита железа относятся
алиментарный дефицит
нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
кровопотеря
гемолиз
синдром нарушенного всасывания
- 584 К клиническим признакам железодефицитной анемии относятся
бледность кожи и слизистых оболочек
систолический шум на верхушке сердца
спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
дистрофические изменения кожи, волос, зубов
койлонихии
- 585 Признаками начального периода гемобластозов являются
немотивированные подъемы температуры
оссалгии
деформация суставов
увеличение лимфоузлов
общая слабость
- 586 Спленомегалия характерна для
гепатита
сепсиса

бруцеллеза
железодефицитной анемии
врожденного сифилиса
- 587 Спленомегалия характерна для
ветряной оспы
инфекционного мононуклеоза
болезни кошачьих царапин
цитомегалии
токсоплазмоза
- 588 Диарея характерна для
гриппа
ротавирусной инфекции
цитомегаловирусной инфекции
аденовирусной инфекции
- 589 Клиническими эквивалентами гипокалиемии у детей с эксикозом II степени являются
жажда
адинамия
брадикардия
парез кишечника
- 590 Концентрационную функцию почек характеризуют
проба Зимницкого
белок и белковые фракции
относительная плотность мочи
осмолярность мочи
электролиты крови
- 591 Фильтрационную способность почек характеризуют
клиренс эндогенного креатинина
креатинин крови
уровень мочевины крови

- осмолярность мочи
селективность протеинурии
- 592 Лабораторные показатели активности воспалительного процесса - это
белковые фракции
щелочная фосфатаза
С-реактивный белок
электролиты крови
фибриноген крови
- 593 Осложнениями острого гломерулонефрита являются
почечная недостаточность
гипертоническая энцефалопатия
тромботические осложнения
снижение слуха
недостаточность кровообращения
- 594 Для больных волчаночной нефропатией характерно наличие
пневмонии
кожного синдрома
полисерозита
быстро прогрессирующего нефрита
лейкопении
- 595 Терапия дыхательной недостаточности, сопровождающей бронхообструкцию у больного ОРЗ, включает
улучшение бронхиального дренажа с помощью муколитических средств и повторных ингаляций с
бронхолитическими препаратами, массаж
кислородотерапию
массивную инфузионную терапию
применение бронхолитических препаратов
парентеральное введение глюкокортикоидов, дезагрегантов
- 596 При синдроме постназального затекания кашель

усиливается в горизонтальном положении
уменьшается в горизонтальном положении
усиливается ночью
усиливается днём
не зависит от времени суток
- 597 Особенности кашля, ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
усиливается на холоде
связан с приёмом пищи
возникает только в период бодрствования
появляется при изменении положения тела
- 598 Кашель, связанный с гастроэзофагеальным рефлюксом, возникает в результате
воздействия на кашлевые рецепторы желудка
кислотоассоциированного ларингита
лёгочной аспирации желудочного содержимого
спазма диафрагмы
- 599 При обструкции верхних дыхательных путей кашель
малопродуктивный
со свистящим обертонем
приступообразный
«лающий»
продуктивный
- 600 Характерные клинические признаки ревматического артрита
симметричность поражения крупных и средних суставов
мигрирующий характер полиартрита

- отсутствие остаточных явлений после стихания признаков артрита
сакроилеит, энтезопатии
сочетание полиартрита с кардитом
- 601 Исходом острой ревматической лихорадки с поражением сердца может быть
артериальная гипертензия
формирование приобретённого порока сердца
кардиосклероз
деформирующий артроз
дилатационная кардиомиопатия
- 602 Синдромы при хронической стадии гельминтозов
астеновегетативный
диспептический
болевогой
анемический
респираторный
- 603 Инструментальная базисная реанимация включает
мешок Амбу
автоматический наружный дефибриллятор
инструментальное открытие и поддержание проходимости дыхательных путей
сосудистый доступ
- 604 Основные признаки остановки кровообращения у детей
отсутствие пульса на магистральных сосудах
широкие зрачки
отсутствие дыхания
гипотония
- 605 Симптомы, указывающие на биологическую смерть, определяющие отказ от сердечно-лёгочной реанимации
отсутствует дыхание
пятна Ляшше
отсутствует сознание
симптом «кошачьего глаза»
отсутствует сердцебиение
симптом «тающей льдинки»
- 606 К аутоиммунным болезням печени относятся

болезнь Вильсона
синдром Алажилля
аутоиммунный гепатит
хронический гепатит В
аутоиммунный склерозирующий холангит
- 607 Этиологическими факторами, провоцирующими развитие язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки являются
стрессы
нестероидные противовоспалительные препараты
физические нагрузки
острые вирусные инфекции
микроорганизм *Helicobacter pylori*
- 608 При анафилактической реакции на внутривенное введение лекарственного препарата в условиях многопрофильного стационара необходимо выполнить следующие действия
прекратить введение препарата
завершить введение препарата с последующим введением гормонального препарата
вызвать реанимационную бригаду
ввести адреналин внутримышечно по возрасту
немедленно ввести антигистаминный препарат

- 609 При возникновении клинически значимой тахикардии со слабостью и снижением артериального давления необходимо принять следующие тактические решения
немедленно выполнить дефибрилляцию
обеспечить венозный доступ
подготовить пациента к экстренному хирургическому вмешательству
вызвать врача-реаниматолога
подготовить пациента к проведению кардиоверсии
- 610 При аспирации желудочного содержимого во время приступа судорог необходимо выполнить следующие действия
придать пациенту боковое положение
осуществить пальцевое очищение ротовой полости
провести приём Хеймлиха

вызвать реанимационную бригаду
записать пациента на рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК) в плановом порядке
выполнить аппаратную аспирацию содержимого носоротоглотки
- 611 В зависимости от преобладания того или иного природного фактора курорты подразделяются на
климатические
бальнеологические
лесо-степные
грязелечебные
- 612 Минеральные воды с точки зрения бальнеологии классифицируются на
лечебные
лечебно-столовые
столовые
минерализированные
- 613 Противопоказаниями к назначению средств и методов кинезотерапии являются
острые инфекционные заболевания
опухоли
кровотечения
бронхиальная астма
боли в области позвоночника и суставов
- 614 Категория "ребенок-инвалид" устанавливается в следующих случаях
ожирение III-IV степени
инсулинзависимый сахарный диабет
классическая форма фенилкетонурии среднетяжелого течения
воспалительные заболевания кишечника любой формы тяжести
злокачественное новообразование глаза после проведения операции по удалению глазного яблока
- 615 Категория "ребенок-инвалид" устанавливается в следующих случаях
хронический тонзиллит после проведения тонзиллэктомии
цирроз печени с гепатоспленомегалией и портальной гипертензией III степени
врожденный незавершенный (несовершенный) остеогенез
ювенильный ревматоидный артрит любой формы тяжести
ВИЧ-инфекция любой стадии
ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (стадии 4Б, 4В)
- 616 Признание ребенка инвалидом осуществляется
детской поликлиникой по месту жительства
любым медицинским учреждением вне зависимости от организационно-правовой формы
федеральным бюро медико-социальной экспертизы
главным бюро медико-социальной экспертизы в субъектах Российской Федерации
детским стационаром по месту жительства
- 617 Для признания ребенка инвалидом необходимо одновременное наличие следующих условий
нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма

кратковременное расстройство функций организма во время периода реконвалесценции после острого заболевания
 полное или частичное ограничение жизнедеятельности
 полное или частичное ограничение игровой деятельности
 необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Девочка С., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г., длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом - без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлении.

Масса тела в возрасте 1 года - 8500 г., рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уровне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500 г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см. по правой переднеаксиллярной, +6 см. по правой среднеключичной, +6 см. по правой парастернальной, +7,5 см. по срединной, +7 см. по левой парастернальной, +7 см. по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

Дата	Hb (г/л) Эр. (1012/л)			Лейк.		ТВ (109/л)		СОЭ
(109/л)	С/я (%)	лимф (%)	мон. (%)					
10.09	120	4,2	9,0	29	60	8	194	5

мм/ч

Протеинограмма:

Дата	Общий белок (г/л)			Альбумины		Глобулины	
	a1	a2	P	У			
10.09	75	53 %	5,0 %	12 %	15 %	15 %	

Биохимический анализ крови:

Дата	Мочевина	Мочев. к-та	Молочная к-та	АЛТ	АСТ	ГГТ	Глюкоза
Един.	мм/л	мкМ/л	МЕ/л	МЕ/л	МЕ/л	мм/л	
Норма	2.5-6.4	210-420	1,0 - 1,7	5-42	5-35	3.3-5.5	
10.09	3,9	141	2,8	137	224	127	2,9

Липидограмма:

Дата	Холестерин	Триглицериды	ЛПВП	ЛПОНП	ЛПНП
Един.	ММ/л	ММ/л	ММ/л	ММ/л	ММ/л

Норма 2.5 - 6.2 0.1 - 2.2 0.7 - 2.3 0

о 1.55 - 3.63

10.09 9,2 3,00 0,4 1,36 2,24

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхогенность, сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены - 3-х фазный кровоток.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. Основные принципы лечения?

Ситуационная задача 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом "кишечное кровотечение".

Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 неделе, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эписилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - 5,4х10¹²/л, ЦП - 0,94, тромб-310,0х10⁹/л, Лейк - 5,9х10⁹/л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4"). Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс - 25%, D- димер-

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?

4. Оцените результаты представленных анализов.
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно- профилактические мероприятия, прогноз.

Ситуационная задача 3

Ребенок 1года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й - здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяце масса тела - 9кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками.

Анамнез болезни: в 10,6 месяцев ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв - 102 г/л, эр- 3,6*10¹² /л, тромб. - 216,0* 10⁹ /л, лейкоц.- 4,3* 10⁹ /л, п/я - 4%, с/я - 64%, э - 1%, л - 27%, м - 4%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -58г/л, альбумины-40%, глобулины: а1-5%, а2- 10%, Р-20%, у-25%, мочевины-3,7 ммоль/л, билирубин-7,0 мкмоль/л, холестерин-1,9 ммоль/л, калий- 3,5 ммоль/л, фосфор-0,93 ммоль/л, глюкоза-4,7 ммоль/л, ЩФ-430 Ед/л (норма 50-400).

Пилюкарпиновая проба: Хлориды пота-39 мэкв/л.

Эзофагогастродуоденоюноскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощённых складок в виде налёта «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощёнными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмозитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
4. Назначьте диету ребенку. Как долго он должен находиться на специальной диете?
5. Показано ли назначение глюкокортикоидных гормонов?
6. Каков прогноз заболевания? Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 4

Мальчик М., 1 года жизни, от 1 -ой беременности, протекавшей с токсокозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1 -й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр - $3.5 \cdot 10^{12}/л$, Лейк - $7.0 \cdot 10^9/л$, п/я - 5%, с - 34%, эоз -3 %, лимф - 41%, мон - 10%, СОЭ - 8мм/ч

Общий анализ мочи: отн. пл. - 1.012, белок - нет, эпителий плоский - нет, Лейк - нет, Эр - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Копрограмма - цвет - светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна - единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?
4. Лечебная тактика.
5. Особенности диспансерного наблюдения?
6. Прогноз данного заболевания? Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 5

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее-искусственное. адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр.

Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*10¹²/л, лейкоц.-7,6*10⁹/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ - 2мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность - 1015, реакция кислая, белок нет, эпителий единичный, лейкоц.- 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат.

Анализ кала на плазменные белки: +++

Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины- 28%, глобулины: а1-6,5%, а2- 35,5%, в -16%, у - 14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47ммоль/л, холестерин - 2,6 ммоль/л, глюкоза - 3,6 ммоль/л, железо - 7,8 ммоль/л.

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отечная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контур ровный, паренхима мелкозернистая; поджелудочная железа не увеличена; в брюшной полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Ситуационная задача 6

Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде

стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодья до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес.

Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- 4,8х10¹²/л, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%, лейкоц.- 8,8х10⁹/л, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевины - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.

5. Лечебно профилактические мероприятия.
6. Каков прогноз заболевания? Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 7

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С.

2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отечность и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину.

Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно-ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 2 ребро, левая - на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв-124, эр.-4,0, лейкоц. - 9,0, п/я - 6%, с/я - 74%, эоз. - 1%, лимф.

- 16%, моноц. - 3%, СОЭ - 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумин - 45 %, а1-глобулины - 4%, а2-глобулины - 15%, Р-глобулины - 8%, гамма-глобулины - 24%, серомукоид - 0,5 ед., ДФА - 0,3, СРБ

- 2+, АСЛО - 1:1250, АСГ - 1:1000, мочевины - 4,3 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л.

Ro - графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ - 0,38 сек. Отрицательные зубцы T в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6.

ЭХО - КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 8

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натошак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспептических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД - 85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырьные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр - 2,8 x 10¹²/л; НБ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50‰ - 5%. анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - 8,7 x 10⁹/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390 x 10⁹/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность -1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты -2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 -10%, бета -13%, гамма -16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
6. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 9

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - 3,5 x 10¹²/л, Ц.п. - 0,9, Тромб -435 x 10⁹/л, Лейк - 10,5 x 10⁹/л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевины -3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность -1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании.
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Прогноз и диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 10

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки

жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексy вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови ребенка: В(Ш) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр - $3,1 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - $256 \times 10^9/л$; лейкоц. - $13,6 \times 10^9/л$; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1 мкмоль/л; мочевины - 1,14 ммоль/л; К⁺ - 5,3 ммоль/л;

Na⁺ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

Ситуационная задача 11

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспорины, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску.

При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38°C, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастриальной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально - моча розового цвета.

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр- $3,2 \times 10^{12}/л$, тромб - $312 \times 10^9/л$, лейкоц - $14 \times 10^9/л$, п/я - 0%, с/я - 35%, э-4%, б-1%, лимф -55%, мон - 5%, СОЭ- 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры - гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет.

Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом- натошак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз.

Ситуационная задача 12

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка.

При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастеральной и правой среднеключичной линиями, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Общий анализ крови: НЬ - 168 г/л, эритроциты - $6,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $186 \times 10^9/л$, лейкоциты - $6,3 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты - 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма - до 125).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
5. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?
6. Тактика терапии, прогноз. Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза)

Ситуационная задача 13

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, деформация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $202 \times 10^9/л$, лейкоциты - $12,6 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 44%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 47%, моноциты - 3%, СОЭ - 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1014, белок - 0,06%, лейкоциты - 2-3 в п/зр., эритроциты - 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: a1 - 11%, a2 - 10%, P - 5%, y - 26%; серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 ЕД/л, АСТ - 25 ЕД/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма - до 5).

Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Составьте план лечения больного.
6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 14

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц - боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту

жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии - признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут - 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика - купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула. Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по средне-ключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм.

При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х 1012/л, тромб - 312, лейкоц - 5,8х109/л, п/я - 4%, с/я - 58, э-4%, лимф -32, мон - 3%, СОЭ- 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины - 53%, глобулины: а1 - 5%, а2 - 10%, р - 13%, у - 19%; АЛТ - 37 Ед/л, АСТ - 41 Ед/л, ГГТ - 43,9 ед/л (норма 6-37).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дисккомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлено развитие артрита?
4. Объясните изменения со стороны печени. В чем заключается их патогенез?
5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?
6. Каков прогноз данного заболевания?
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 15

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении - 3200 г, длина - 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протеинурии и эритроцитурии.

Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено.

Данные проведенного обследования:

Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эритроциты - 4,4х1012/л, ЦП - 0,9, лейкоциты - 7,3х109/л, п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, эоз. - 2%, м - 8%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,9г/л, лейкоциты - 2 - 3 в поле зрения, эритроциты - измененные - 30-40 в поле зрения, зернистые цилиндры - 5- 10 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 1500, эритроциты - 120000, цилиндры - 2000.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 16

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным врачом была назначена «Но-шпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита.

Акушерский анамнез неотягощен, раннее развитие по возрасту.

При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации - чувствителен в правом подреберье. Симптом Керра - слабopоложительный. Ортнера, Мюсси - отрицательные. Печень перкуторно - по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк, - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, ЩФ - 165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий - 5,4 ммоль/л, ЛПНП - 3,6 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, ЛПОНП - 0,5 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65x31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется эхопозитивное образование размером 11x4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.
5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?
6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 17

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастроуденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде.

Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец - гастроуденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери - сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца - ИБС, атеросклерозом, гипертонической болезнью.

Раннее развитие ребенка - без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением.

При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилородуоденальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси - отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий - 5,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,6 ммоль/л, ЛПВП - 1,1 ммоль/л, ЛПОНП - 0,8 ммоль/л, ТГ - 1,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75x32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещаемые эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена.

Эзофагогастроуденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.
6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 18

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочеиспускания. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 38,0 С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный.

Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - $1,4 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - $50 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $11,5 \cdot 10^9/л$, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок -1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевины - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой -33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий -7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25ЕД, АЛТ - 35ЕД, ЛДГ 650 ЕД (N < 279).

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования показаны?
5. Какова тактика ведения пациентки?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача 19

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время.

Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки.

При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая - по парастернальной линии, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой передней аксиллярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон

усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось.

Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?
3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании?
6. Оцените прогноз заболевания.
7. Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 20

Дима К., 9 лет, 2 месяца назад на фоне общего благополучия, через 1 час после ужина почувствовал острую боль в животе в области правого подреберья и пупка. Ребенок был доставлен в хирургическое отделение детской больницы. На основании данных, полученных при проведении общего осмотра, ультрасонографии, анализов крови и мочи, был поставлен диагноз «Калькулезный холецистит». Оперативно ребенку был удален желчный пузырь. При макроскопическом осмотре желчного пузыря в его полости обнаружен единичный конкремент размером 20x21мм. Раннее течение послеоперационного периода - без особенностей. Выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии.

Через 3 недели после операции ребенок стал предъявлять жалобы на тошноту, чувство «тяжести» и тупую ноющую боль в эпигастриальной области и правом подреберье через 20-30 минут после еды. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, частично непереваренный.

Раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез: Отец ребенка здоров, мать и бабушка были прооперированы по поводу желчнокаменной болезни в возрасте 35 лет.

При осмотре: рост 140 см, масса 35 кг, кожа бледная, чистая, зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации

- чувствителен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень перкуторно - по краю реберной дуги, край не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 25 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 95 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 180 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий - 5,0 ммоль/л, ЛПНП - 2,7 ммоль/л, ЛПВП

- 1,4 ммоль/л, ЛПОНП - 0,9 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь не определяется, ложе желчного пузыря чистое. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки утолщены. Поджелудочная железа: головка 22мм (норма 16), тело 16 мм (норма 15), хвост 21 мм (норма 16), эхогенность всех отделов снижена, структура неоднородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. В чём заключается патогенез нарушения пищеварения после удаления желчного пузыря?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите показания к оперативному и консервативному лечению.
5. Какие группы препаратов должны быть назначены для лечения этого заболевания?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 21

На приеме девочка О., 6 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, непроизвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые непроизвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки.

Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала бисептол с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась плаксивость, повышенная утомляемость, размашистые некоординированные движения. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не

выявлялось. Клиническая симптоматика была расценена как проявления астенического синдрома, синдрома навязчивых движений, назначена метаболическая, седативная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются непроизвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожный покров бледно-розовый. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца: I тон приглушен, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область и не исчезает в ортостазе. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Нb - 120 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $217 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,4 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 46%, лимфоциты - 48%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

Иммунологические показатели: АСЛО - 1:2500 (норма до 1:200).

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 уд./мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз по современной классификации.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Что является показанием для назначения глюкокортикостероидной терапии?
6. Оцените прогноз заболевания.
7. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 22

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массо-ростовые прибавки достаточные.

В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось

«тяжелое дыхание».

При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой передне- аксиллярной линии, правая — по правой парастернальной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: Нb - 110 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $314 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС 280 уд./мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите основные патогенетические механизмы данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 23

Мальчик 12 лет госпитализируется впервые. В течение последних 2-х лет беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Амбулаторно неоднократно назначались антацидные препараты, витамины, проводилась коррекция диеты. Эффект от проводимой терапии был кратковременным. 3 месяца назад мальчик стал заниматься спортивной гимнастикой. Через месяц появилась изжога, отрыжка «кислым», боли за грудиной, возникающие после еды и ночью.

Раннее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Инфекционными заболеваниями болеет редко.

Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет - гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) - рак пищевода. При осмотре: положение активное. Кожные покровы чистые, розовые. Катаральные явления отсутствуют. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастриальной области. Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: Нв - 126 г/л; эрМ^Ю^/л; ц.п.-0,92; лейкоц -7,2x10⁹Ан; п/я-3%; с/я -54%; э-3%; л-32%; м-8%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет - светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность-1023, рН -6,0, белок, глюкоза -abs, эпителий плоский -един. в п/зр., лейкоциты -1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л; альбумины - 55%; глобулины: а1 - 5%, а2 - 10%, в - 12%, у-18%; АсАТ - 28 Ед/л; АлАТ - 30 Ед/л; ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин - 4 мкмоль/л, железо сывороточное - 16 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая оболочка пищевода гиперемирована в н/3 по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,3 см, с беловатым налетом. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. В просвете желудка слизь, желчь. Привратник смыкается неполностью. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов умеренно гиперемирована, отечна.

Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В н/3 пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода.

Внутрижелудочная суточная рН-метрия: базальный уровень рН в теле желудка 1,2-1,4 ед. (нормацидность 1,6-2,0); в пищеводе - 7 ед. (норма min 4,1 ед, max 7 ед), в антральном отделе - 5 ед. (норма max 5 ед.) За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 ед.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Каков прогноз данного заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 24

Девочка 4-х лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на выраженный отек губ и лица, кашель, появление уртикарных элементов по всем кожным покровам, боли в животе. Накануне поступления в стационар девочка употребляла в пищу орехи и яблочный сок.

Из анамнеза известно, что у ребенка в 3 года в апреле, мае наблюдался выраженный зуд глаз, частое чихание, появление обильного слизистого отделяемого из носа. В раннем возрасте отмечались явления атопического дерматита в виде пятнисто-папулезной зудящей сыпи на коже лица, рук, ног, животе. У отца ребенка явления сезонного риноконъюнктивита.

При осмотре: отек мягких тканей лица. На коже уртикарии диаметром до 5-8см, отек конечностей. Беспокоит интенсивный кожный зуд. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был накануне без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено.

Клинический анализ крови: Нв- 121 г/л, эр-4,26 x 10¹²/л, лейкоц - 6,8 x 10⁹/л, п/я - 2%, с/я - 57%, э-13%, б-0%, лимф -20%, мон - 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Какие диетические рекомендации Вы дадите родителям ребенка?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 25

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел.

В возрасте 1 года, во время игры на 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 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД - 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. 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 регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, Лейк -13,9 x 10⁹/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Клинический 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 20,0 мг/л

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 26

В областную больницу поступил подросток 15 лет с жалобами на периодическое изменение цвета мочи (по описаниям напоминает цвет мясных помоев).

Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, третьих срочных, физиологических родов. Вакцинирован по календарю. Респираторными заболеваниями болеет 3-4 раза в год. До поступления в стационар не обследовался, анализ мочи делался последний раз в 7 лет, результат неизвестен. Из семейного анамнеза известно, что у матери с детства эритроцитурия с умеренной протеинурией, дед по линии матери умер в 30 лет от почечной недостаточности, страдали снижением слуха, вплоть до полной глухоты. Брат матери с 28 лет получает лечение гемодиализом.

При осмотре подросток правильного телосложения. Рост и вес соответствуют 25 перцентили. Отвечает только на вопросы заданные громко. Кожа бледная, сухая. Отеков нет. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст. мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча мутная, коричневатого оттенка. Стул не изменен.

Клинический анализ крови («Cito!») - эритроциты 3,5x10¹²/л, гемоглобин - 98 г/л, СОЭ - 5 мм/ч; Креатинин сыворотки крови («Cito!») 167 ммоль/л.

Анализ мочи; удельный вес 1,011, цвет красный, белок 1, 5 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования и обоснуйте необходимость проведения нефробиопсии.
4. Назначьте лечение и план диспансерного наблюдения за ребенком.
5. Определите прогноз течения заболевания у данного ребенка.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.
7. Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 27

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие протекало без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. Наследственный анамнез неотягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II- III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $12,3 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99‰.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа-1 -глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 17%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 17,2 ммоль/л, креатинин - 187 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 100), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - до 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования.
4. Есть ли показания к консультации отоларинголога?
5. Назначьте необходимое лечение.

6. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 28

Миша 3 лет посещает детский сад, где диагностировано несколько случаев ветряной оспы в соседней группе.

Раннее развитие без особенностей, рос и развивался соответственно возрасту. Перенес краснуху, скарлатину, частые ОРВИ. Последний эпизод ОРВИ неделю назад, получал симптоматическую терапию, выписан в детский сад.

Заболел остро, температура тела 39,00С. Жалобы на болезненность в полости рта, одновременно на коже верхнего века правого глаза и верхней губы появились группирующиеся пузырьковые высыпания, на других участках тела сыпи нет. Врач неотложной помощи поставил диагноз ветряная оспа, тяжелая форма и госпитализировал ребенка.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснована ли госпитализация?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные тесты необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите необходимые противоэпидемические мероприятия в детском саду.
6. Каково дальнейшее течение данного заболевания?

Ситуационная задача 29

Мальчик Сергей Н., 12 лет госпитализируется впервые.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Находился на амбулаторном лечении с диагнозом «шейный лимфаденит», получал антибактериальную терапию. Лечение эффекта не дало. Анализы на токсоплазмоз и вирус Эпштейн-Барр - отрицательные. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,50С, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты. Мальчик резко похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее справа, общим размером 6,0х6,0см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 0,8х1,2см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. Дыхание через нос не затруднено. Перкуторный звук ясный, легочный, при аускультации в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно и пальпаторно не увеличены. Стул регулярный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 410×10^9 /л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 24%, СОЭ 47 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты - 1,8%, нейтрофильный росток - 67%, эритроидный росток - 25%, лимфоциты - 8%, эозинофилы - 5%, мегакарициты 1 на 350 миелокарицитов.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Пункция шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии и гистологического варианта заболевания?
4. Что включает в себя терапия данной патологии и от чего зависит ее объем?
5. Каков прогноз заболевания при данной стадии?

Ситуационная задача 30

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе.

Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении-3200, длина-50 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм по возрасту. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса-10 кг, рост- 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились с 2-х недельного возраста. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния. Два дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул с кислым запахом до 10-12 раз в сутки, метеоризм, боли в животе.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребёнка «не любят» молоко.

При осмотре: ребёнок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зубы 6/8 белые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный и урчит при пальпации. Стул 2 р/сут. пенистый, с кислым запахом. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: НЬ-120 г/л, эр-4,2х10¹²л, лейко-5,1х10⁹ л, п/я-2%, с/я-33%, э-3%, л- 52%, м-10%, СОЭ- 3мм/час.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относит. плотность-1015, лейко-2-3 в поле зрения, эритроциты- нет.

Копрограмма: цвет жёлтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна единичные, жирные кислоты- незначительное кол-во, крахмал-много, йодофильная флора-немного.

Углеводы в кале: 0,8 г%.

Гликемические кривые после нагрузки:

С Д-ксилозой: через 30 мин-1,5 ммоль/л, через 60 мин - 2, 5 ммоль/л, через 90 мин-2,2 ммоль/л.

С лактозой: натощак-4,3 ммоль/л, через 15 мин - 4,4 ммоль/л, через 30 мин- 4,6 ммоль/л, через 60 мин-4,8 ммоль/л, После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

С сахарозой: натощак - 4,1ммоль/л, через 15 мин - 4,8 ммоль/л, через 30 мин - 5,6 ммоль/л, через 60 мин - 4,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Почему родственники ребенка «не любят» молоко? Дайте рекомендации по питанию

ребенку.

5. Есть ли необходимость в назначении медикаментозной терапии?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 31

Мальчик 5 лет заболел внезапно в детском саду. В 13 часов температура тела 40,0 С, сильная головная боль, рвота 3 раза. Врач неотложной помощи поставил диагноз «Грипп». После введения литической смеси состояние не улучшилось, в связи с чем ребенок был госпитализирован. Дома и в детском саду все здоровы.

При поступлении состояние очень тяжелое. Ребенок бледен, в сознании, отмечалась повторная рвота. На коже бедер и внизу живота единичные элементы геморрагической сыпи. Кашля, насморка нет. Зев умеренно гиперемирован, без налетов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс - 140 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезенка не пальпируется. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон, красный дермографизм.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте необходимый план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду и дома?

Ситуационная задача 32

Девочка Маша К., 9 лет поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних месяцев девочка часто болеет, быстро устает, аппетит снижен, снизилась успеваемость в школе.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура тела не повышена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. По всему телу петехии и экхимозы. Отмечается незначительное кровотечение из носа, кровоточивость десен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Стул регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: НЬ - 64г/л, эритроциты $2,1 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты $1,7 \times 10^9/л$, сегментоядерные - 7%, палочкоядерные - 4%, лимфоциты - 86%, эозинофилы-1%, моноциты - 2%, СОЭ 28 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 8%, эритроидный росток 6%, мегакариоциты не найдены.

Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1018, белок следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную

диагностику.

4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Назовите современные методы лечения данной патологии. На чем они основаны?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача 33

При повторном осмотре на дому мальчика К., 8 лет, больного ОРВИ, врач отметил усиление сухого кашля, появление признаков дыхательной недостаточности.

В течение последних 2х лет ребенок страдает ОРВИ 1 раз в 2 месяца. Подобные симптомы отмечались ранее практически во время каждого эпизода ОРВИ.

Из анамнеза известно, что мальчик от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200гр, длина 51см, на естественном вскармливании до 6-ти мес. Психо-моторное развитие по возрасту. На 2-ом году жизни отмечались проявления атопического дерматита.

Наследственность: у матери - пищевая аллергия; отец- здоров, курит; у бабушки по материнской линии- хроническое заболевание бронхо-легочной системы.

При осмотре: Температура тела $38,6^{\circ}C$. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, затрудненный выдох с участием мышц плечевого пояса. Над легкими перкуторно определяется коробочный звук, аускультативно в легких сухие свистящие хрипы. ЧДД 32 в мин. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 108 ударов в минуту. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурических явлений нет. Общий анализ крови: Нв 124 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, п/я -1%, с/я -30%, лимф. 56%, э -6%, м- 7%, СОЭ 20 мм/час.

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

ФВД: ОФВ1 78%, ФЖЕЛ 75%, МЕФ 75% 68%, МЕФ 50% 58%, МЕФ 25% 50%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Есть ли показания к госпитализации ребенка в стационар?
4. Назначьте терапию больному.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 34

Сережа М., 3 года, от молодых родителей. Мать страдает крапивницей, сестра матери - бронхиальной астмой. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсокозом и угрозой прерывания. Роды в срок, протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500г, длина 50см. Грудное вскармливание до 2-х месяцев, смешанное - до 3-х месяцев, далее - искусственное.

В 6 месяцев на коже лица и рук появились множественные элементы стромбулезных высыпаний. С возраста 1 года после приема цельного молока, молочных продуктов и рыбы появился неоформленный стул с примесью слизи прожилков крови.

Общий анализ крови: Нв - 108 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $7,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 34%, эоз - 12%, лимф - 41%, мон - 10%, СОЭ - 12мм/ч

Реакция пассивной гемагглютинации (РИГА): титр антител к рыбе- 1:280 (N-1:30), к белку коровьего молока- 1:920 (N- 1:80)

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N- до 100 Ед/л) Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (++++) - к бета-лактальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Перечислите основные принципы подбора диеты.
4. Назовите специфическую терапию при данном заболевании.
5. Каковы особенности проведения профилактических прививок при данной патологии?
6. Определите прогноз при данном заболевании.

Ситуационная задача 35

Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, срочных родов. Раннее развитие протекало без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Девочку периодически беспокоят боли в животе, часто на фоне повышения температуры тела. Иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа бледная, чистая от сыпи. Температура тела 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: Нб - 114 г/л, эритроц. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $18,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с/я - 70%, лимф. - 22%, мон. - 9%, СОЭ - 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06%, лейкоц. - сплошь все поля зрения, эритроц. - 0-1 в п/зрения, бактерии - много.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза и назначения адекватной терапии.
4. С какой целью необходимо проведение цистографии?
5. В чем заключается лечение данного заболевания?
6. Длительность диспансерного наблюдения за ребенком в стадии ремиссии.
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 36

Мальчик А., 6 мес. поступил в ДКБ № 1 12.11. с направляющим диагнозом: «ОРВИ, геморрагический синдром».

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5.11., когда на фоне лихорадки до 38°C появились жалобы на кашель насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: «Отит», назначил симптоматическую терапию, но повторно ребенка не консультировал.

В ночь на 12.11. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь - элементы темно-багрового цвета. Бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в клинику.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, кожа с сероватым оттенком, по всей ее поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие. АД - 40/0. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача 37

Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела.

Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки - без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: НЬ - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $332 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените представленные результаты обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Предположите этиологию данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.
7. Предложите (составьте) план медицинской реабилитации.

Ситуационная задача 38

Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк- $8,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я-4%, с/я- 50%; э-1%, л- 35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л.

КОС: рН - 7,1; рО₂ - 92 мм рт.ст.; рСО₂ - 33,9 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.
6. Каков прогноз заболевания?

7. Показания для направления на МСЭ (медико-социальная экспертиза).

Ситуационная задача 39

Оля К., 1 год 8 месяцев. Родилась от 2-й физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов (старший брат, 4г., здоров). Масса тела при рождении 3800 г, рост 52 см. Во время беременности у матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки наблюдалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки.

На первом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост - 75 см, вес - 9,5 кг. Двигательная активность снижена, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 91 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,8 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 135,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Назовите основные принципы терапии.
6. Каков прогноз заболевания?
7. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 40

Ребенок К., 4 дня, от 1-й физиологично протекавшей беременности, срочных родов. При рождении масса 3000 г, рост 51 см.

При осмотре выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.

С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $9,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 50%; э - 2%, л - 38%, м - 8%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л.

Гормональный профиль: 17-ОПГ - 10 нмоль/л (н- 1,3 - 6,9 нмоль/л); кортизол - 20 нмоль/л (н- 270 - 770 нмоль/л); АКТГ - 20 пмоль/л (н- 2-11 пмоль/л).

Кариотип: 46 XX.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тип наследования данного заболевания. Какая вероятность рождения больного ребенка в этой семье?
4. В чём причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования.
6. Назовите препараты, используемые в качестве заместительной терапии при данном заболевании.

Ситуационная задача 41

Девочка 12 лет, заболела остро после переохлаждения, когда появились боли в поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания. Лихорадит до 40°C.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом в I половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие протекало без особенностей, профилактические прививки проведены по графику. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде сыпи. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит. При поступлении в стационар состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, повторная рвота. Кожа бледная, «синева» под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 28/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 92 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью, симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание болезненное, частое.

Общий анализ крови: Нв - 110 г/л, эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $23,8 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 70%, эоз. - 2%, л- 18%, м - 5%, СОЭ - 45 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, реакция щелочная, белок 0,09 ‰, лейкоц. - 100-150 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Посев мочи: получен рост кишечной палочки - 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к цефамизину, гентамицину, амикацину, ципрофлоксацину, амоксициллину, цефтриаксону, фурагину.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 42

Мальчик В., 7 лет, поступил в стационар в связи с жалобами на лихорадку 38,5-39,8С в течение последних двух недель, слабость, озноб, потливость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 1 месяца у ребенка по данным планового эхокардиографического исследования был выявлен врожденный порок сердца: двустворчатый клапан аорты с минимальной недостаточностью. Ребенок наблюдался кардиологом амбулаторно, регулярно проводилось ЭхоКГ (без отрицательной динамики в сравнении с предыдущими исследованиями), симптомов недостаточности кровообращения не было, медикаментозную терапию не получал. 4 недели назад мальчику проводилось лечение кариеса зубов у стоматолога, после чего появились вышеизложенные жалобы. Амбулаторно применение жаропонижающих препаратов приводило к кратковременному снижению температуры.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов с «землистым» оттенком. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 34 в минуту. Аускультативно дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая - по левой передней аксиллярной линии, верхняя - II межреберье. Выслушивается интенсивный диастолический шум, максимум во II межреберье справа от грудины. ЧСС 116 уд/мин. АД на руках 115/30 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Нв - 95 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 380×10^9 /л, лейкоциты - $21,3 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 64 ‰, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 23%, моноциты - 3%, СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок - следы, глюкоза отсутствует, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Обозначьте основные диагностические критерии заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.
7. Какие методы медицинской реабилитации можно рекомендовать ребенку.

Ситуационная задача 43

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3х месяцев появилась повышенная утомляемость, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что ребенок бледный, спустя 4 повысилась температура до 39,3° С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. Амбулаторно в клиническом анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200×10^9 /л.

С подозрением на хронический лейкоз мальчик госпитализирован в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр - $3.2 \times 10^{12}/л$, Тромб - единичные, Лейк - $208 \times 10^9/л$, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л. реакция Панди --, бласты-100%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача 44

Мальчик, 4 года, направлен на консультацию в нефроурологический центр в связи с варусной деформацией ног.

Анамнез жизни: От I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины, срочных, физиологических родов. Масса тела при рождении - 3300 г, длина - 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2-х месяцев. Зубы - с 8-ми месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D3 в курсовой дозе 150000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 18 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоanamнез не отягощен.

Семейный анамнез: у матери с раннего детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость. В 18 лет рост 120 см, затем перенесла операцию по выпрямлению конечностей с использованием аппарата Илизарова, в настоящее время рост 150 см. Бабушка по матери здорова, дед по матери отличился малорослостью, с семьей давно не живет. Отец здоров, по линии отца инсульт в анамнезе у деда, гипертония у бабушки.

Анамнез заболевания: В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация ног нарастала. На 3-ем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D3 в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В б/х анализе крови неоднократно фиксировалось повышение щелочной фосфатазы. При осмотре: Жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост - 87 см, масса тела - 13,7 кг, окружность головы - 48 см, окружность груди - 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. АД 82/56 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, живот при пальпации мягкий. Безболезненный. Печень +0,5 см, селезенка не пальпируется. Стул ежедневно, оформленный. Дизурии нет.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: НЬ - 132 г/л; эр - $3,9 \times 10^{12}/л$; тромб - $280 \times 10^9/л$; лейкоц. - $9,7 \times 10^9/л$: п/я - 2%, с/я - 38%, лимф. - 50%, эоз. - 2%, мон. - 8%; СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; удельный вес - 1015; реакция -6.0 ; белок - нет; эритроциты нет, лейкоц. - 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумин 42 г/л, СРБ отр., серомукоид 0,180, холестерин 4,5 ммоль/л, креатинин IDMS 36 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, калий 4,7 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, фосфор 0,9 ммоль/л, щелочная фосфатаза 720 ЕД (норма менее 644) АлАТ 32 ЕД, АсАТ 24 ЕД.

Биохимический анализ мочи: Са²⁺ - 3,9 мг/кг/сут. (N - 2,0-2,5 мг/кг/сут.); фосфор - 46 мг/кг/сут. (N - до 20 мг/кг/сут.).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

Кислотно-основное состояние крови: pH = 7,37; BE = -2,5

Рентгенография трубчатых костей нижних конечностей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Нуждается ли больной в каких-нибудь дополнительных обследованиях?
3. Какой тип передачи заболевания по наследству можно предположить в этой семье?
4. Основные принципы лечения заболевания?
5. Контроль каких показателей необходим в процессе лечения?
6. Каков прогноз заболевания?
7. Показания для направления на МСЭ.

Ситуационная задача 45

Витя Л., 10 лет. Родился от 2 физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3500 г., рост - 50,0 см. Ходить начал с 1,5 лет, прорезывание зубов с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учился плохо. С 8 лет стал излишне набирать вес. С 10 лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились: рост 130 см, вес 42 кг. Госпитализирован в тяжелом состоянии.

При осмотре лицо лунообразное, выражен матронизм, стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке. Избыток подкожно-жировой клетчатки в области груди и живота. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту, АД 190/120 мм рт.ст. ЧДД 44 в минуту.

Общий анализ крови: гемоглобин - 86 г/л, лейкоциты - 10×10^9 /л (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин - 8,0 ммоль/л (норма 3,5-5,6 ммоль/л), гликемия натощак - 6,8 ммоль/л.

R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 10 годам.

Отмечается остеопороз.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
4. Перечислите основные методы лечения.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Составьте план медицинской реабилитации.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Организация медицинского обслуживания новорожденных детей. Пограничные состояния новорожденных. Особенности течения адаптационного периода у недоношенных детей. Неонатальные скрининговые исследования. Профилактическая вакцинация новорожденных детей.
2. Организация и поддержка грудного вскармливания. Уход за здоровым новорожденным ребенком.
3. Становление биоценоза в неонатальном периоде. Дисбиоз кишечника. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
4. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
5. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
6. Респираторный дистресс синдром новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Дифференциальная диагностика.
7. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.
8. Менингиты у новорожденных детей.
9. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.
10. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных.
11. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.
12. Геморрагический синдром у новорожденных детей. Причины, методы профилактики, мониторинг, тактика лечения.
13. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.
14. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.
15. Метаболические изменения в период ранней неонатальной адаптации. Возможные срывы и методы терапевтической коррекции.
16. Врожденные пороки развития органов мочевой системы. Особенности течения инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у новорожденных.
17. Грудное вскармливание, его роль в формировании здоровья ребенка
18. Хронические расстройства питания. Белково-энергетическая недостаточность. Избыточность питания. Гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.

19. Физическое и нервно-психическое развитие детей. Методы оценки. Профилактика отклонений от нормы.
20. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.
21. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.
22. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.
23. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.
24. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.
25. Ларинготрахеит, классификация, диагностика, лечение. Неотложная помощь при стенозе гортани.
26. Обструктивный бронхит и бронхолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
27. Пневмонии у детей раннего возраста. Классификация, диагностика, лечение, профилактика. Дыхательная недостаточность. Классификация. Алгоритм оказания неотложной помощи.
28. Респираторные аллергозы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний.
29. Атопические заболевания у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
30. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
31. Неонатальный сахарный диабет. Врожденный гиперинсулинизм. Диабетическая эмбриопатия. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
32. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение, профилактика.
33. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.
34. Пилороспазм, пилоростеноз у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.
35. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.
36. Синдром нарушенного кишечного всасывания у детей раннего возраста. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
37. Воспалительные заболевания кишечника с ранним началом (Болезнь Крона, язвенный колит). Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
38. Врожденный и инфантильный нефротический синдромы. Диагностика, клиника, лечение.
39. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
40. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
41. МАРС. Сердечная недостаточность. Классификация, клиника, лечение.
42. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Методы диагностики. Лечение. Прогноз. Неотложная помощь при жизнеугрожающих аритмиях
43. Кардиомиопатии. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Критические и неотложные состояния в кардиологии детского возраста. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
45. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
46. Артериальные гипотензии у детей и подростков. Клинические проявления. Лечение.
47. Миокардиты различной этиологии. Этиопатогенез. Классификация, диагностика, лечение. Диспансеризация.
48. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
49. Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
50. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация.
51. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.
52. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Дерматомиозит. Склеродермия. Ювенильный ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Реактивные артриты.
53. Опухоли сердца у детей. Аномалии коронарных артерий. Инфаркт миокарда у детей и подростков. Клиника, диагностика.
54. Легочная гипертензия у детей и подростков. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

55. Синкопальные состояния у детей. Причины и механизмы развития. Диагностика. Методы лечения и профилактики.
56. Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Бронхиолит. Хронический бронхит. Клиника, диагностика.
57. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.
58. Пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиопатогенез, классификация, клиника. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь и интенсивная терапия при острых пневмониях. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.
59. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции.
60. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
61. Муковисцидоз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
62. Идиопатический легочный гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
63. Синдром Картагенера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
64. Синдром Гудпасчера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
65. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
66. Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.
67. Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.
68. Нарушения роста. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
69. Избыточная масса тела. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
70. Нарушения углеводного обмена. Сахарный диабет. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
71. Заболевания щитовидной и паращитовидных желез. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
72. Нарушения полового созревания. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
73. Несахарный диабет. Классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
74. Классификация, клинические проявления и принципы лечения системных васкулитов. Особенности поражения почек.
75. Поражение почек при обменных и парапротеинемических заболеваниях. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современные подходы к терапии.
76. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.
77. Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита.
78. Нефротический синдром у детей и подростков. Классификация. Дифференциальная диагностика, лечение. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.
79. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Показания к рентгенологическому обследованию. Лечение. Профилактика.
80. Патология нижних мочевых путей. Циститы. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение.
81. Наследственный нефрит. Интерстициальный нефрит. Патогенетические механизмы формирования нефритов. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.
82. Изменения почек при тромботических микроангиопатиях. Диагноз, дифференциальный диагноз. Принципы консервативного лечения. Показания к заместительной почечной терапии.
83. Острое почечное повреждение. Неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях. Показания к плазмаферезу и острому гемодиализу.
84. Хроническая болезнь почек. Классификация, клинические проявления, методы диагностики и алгоритмы лечения. Понятие ренопротективной терапии. Принципы заместительной почечной терапии.
85. Заболевания пищевода. Гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюксная болезнь, эзофагит, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дискинезия пищевода. Диагностика, клиника, лечение.
86. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.

87. Язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
88. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
89. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.
90. Лабораторные синдромы поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией.
91. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Холецистит. Холангит. Холедистохолангит. Клинические симптомы Диагностика. Лечение
92. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом холестаза.
93. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.
94. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.
95. Геморрагические заболевания у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.
96. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.
97. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.
98. Неходжкинские лимфомы. Лимфогранулематоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитомы, медуллобластома). Диагностика. Принципы лечения.
100. Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.
101. Остеосаркома, Рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.
102. Паллиативная медицинская помощь: понятие и ее содержание. Особенности оказания паллиативной помощи детям.
103. Диагностика и лечение хронической боли у детей.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос - наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связанные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса - подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий

обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа - задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

- задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа - задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобретают опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами

решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРАКТИКЕ

Клиническая практика

Специальность

31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы

Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

1. Перечень компетенций, формируемых в ходе прохождения практики

Код и наименование компетенции, индикатора	Планируемые результаты обучения в ходе прохождения практики	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; - критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; - этапы работы с различными информационными источниками
	Уметь	- критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации; - критически оценивать надежность различных источников информации при решении задач научного
	Владеть	- навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по специальности; - навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- методы и способы оценки возможности и вариантов применения современных достижений в области медицины и фармации.
	Уметь	- определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; - сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; - обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	- методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном
УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать	- Принципы подбора эффективной команды; - Основные условия эффективной командной работы;
	Уметь	- Вырабатывать стратегию сотрудничества;
	Владеть	- Разными видами коммуникации (учебная, деловая, неформальная и др.); - Опытном участии в разработке стратегии командной работы;
УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знать	- Профессиональные и должностные обязанности врача- педиатра, среднего и младшего медицинского персонала; - Информационно-коммуникационные технологии
	Уметь	- Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; - Организовывать работу команды для достижения поставленной цели;
	Владеть	- Навыками эффективного взаимодействия с другими членами команды, в том числе участвовать в обмене информацией, знаниями и опытом;
		- Навыком организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности;
УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным	Знать	- Основные теории лидерства и стили руководства; - Факторы эффективности использования

взаимодействием в решении поставленных целей	Уметь	- Определять свою роль в команде; - Участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды;
	Владеть	- Навыками социального взаимодействия в процессе обмена информацией и проведения презентации результатов работы команды; - Навыками руководства работниками.
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности		
УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	Знать	- Принципы построения устного и письменного высказывания; - Принципы коммуникации в профессиональной этике; - Источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов - Основные понятия: «общение»;
	Уметь	- Выстраивать эффективную коммуникацию с коллегами, пациентами и их родственниками в процессе профессионального взаимодействия; - Применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности; - Находить пути решения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками;
	Владеть	- Коммуникативными навыками необходимыми для реализации задачи делового общения в зависимости от условий и ситуации с целью получения необходимого результата; - Методикой составления суждения в
УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции	Знать	- Стилистику устных деловых разговоров; - Стилистику официальных и неофициальных писем;
	Уметь	- Вести медицинскую документацию; - Вести деловую переписку с коллегами, пациентами и их родственниками
	Владеть	- Навыками ведения деловой переписки, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции;
УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях	Знать	- Этикетные дискурсивные формулы и нормы, используемые в устном деловом общении и публичных выступлениях; правила построения речи в
	Уметь	- Грамотно строить устную речь на русском и иностранном языках в рамках тематики деловой
		анализировать и оценивать собственное устное высказывание и высказывание партнера.
	Владеть	- Навыками ведения публичных выступлений (в т. ч. навыками информирования, аргументирования,
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	- клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи; - анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте; - методику сбора информации о состоянии здоровья; - методику клинического обследования;
	Уметь	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни и анализировать полученную информацию; - проводить физикальное обследование с учетом возраста;

	Владеть	- навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	- методы лабораторных и инструментальных исследований; - возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний;
	Уметь	- определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; - определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов
	Владеть	- навыками назначения лабораторных и инструментальных исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. - навыками интерпретации лабораторных и
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	- алгоритмы оказания помощи пациентам; - критерии оценки тяжести клинического состояния пациентов с учетом выявленной патологии; - показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста
	Уметь	- разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; - определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской
	Владеть	- навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	- фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; - взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам;
	Уметь	- анализировать клиническую картину с учетом возможных эффектов проводимой терапии; - анализировать данные лабораторных и инструментальных исследований с учетом возможных
	Владеть	- навыками оценки динамики клинической симптоматики и данных лабораторно-инструментальных обследований пациентов с учетом проводимой терапии; - методами оценки эффективности и безопасности проводимого лечения у пациентов; - навыками анализа комплекса клинико-
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		

ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	- порядок организации медицинской реабилитации; - основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические),
	Уметь	- разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями педиатрического профиля; проводить работу по реализации
	Владеть	- навыком составления плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях педиатрического профиля
ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	- методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; - методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при
	Уметь	- оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка - инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с хроническими заболеваниями, составленной врачами-
		реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания
	Владеть	- навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида с
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Знать	- нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз; - медицинские показания для направления
	Уметь	- выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; - определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями для
	Владеть	- навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; - навыками подготовки необходимой
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Знать	- порядок проведения медицинской экспертизы; - порядок выдачи медицинской документации
	Уметь	- организовать направление детей с заболеваниями и или состояниями на медицинскую экспертизу при наличии показаний; - интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и
	Владеть	- организации и проведения медицинской экспертизы;

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - основы формирования здоровья детей; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; - современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ профилактики ожирения, аллергических заболеваний предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания;
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - проводить санитарно-просветительную работу с детьми, подростками и их родителями (законными представителями) о безопасности жизни и здоровья (психического, физического, в том числе репродуктивного, социального) разрабатывая новые формы донесения информации; - разрабатывать и внедрять программы формирования здорового образа жизни, в том числе
		<ul style="list-style-type: none"> заболеваний, снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психоактивных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, используя современные данные доказательной медицины. анализировать и оценивать их эффективность; - рекомендовать профилактические и
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыком профилактики детской (в том числе, младенческой) смертности; - навыками пропаганды здорового образа жизни; - навыками организации и проведения профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья; - методами обучения родителей (законных представителей) правилам обеспечения безопасности
ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - методы проведения оздоровительных и профилактических мероприятий для пациентов - критерии постановки пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на диспансерный учет; - медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики заболеваний и (или) состояний у детей;
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - анализировать и оценивать их эффективность программ формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками оценки эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп (его законными представителями).

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», оформления медицинской документации - навыками организации деятельности
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания для оказания ребенку неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. - медицинские показания для оказания ребенку скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методику физикального исследования детей и подростков (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - этиологию, патогенез, диагностику неотложных состояний в педиатрии, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе: ангионевротический отек, буллезная многоформная эритема, анафилактический шок, острые нарушения дыхания при различных заболеваниях и состояниях, термическая травма, ингаляция дыма и продуктов горения, поражение электрическим током, укусы и ужаления насекомыми и животными, утопление;
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - проводить осмотр; - распознавать состояния, требующие срочного медицинского вмешательства, в том числе побочные проявления после иммунизации; - диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе;
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - навыками оценки состояния, требующего оказания неотложной медицинской помощи

<p>ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - методы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека на догоспитальном этапе; - методику и алгоритм проведения неотложной помощи пациентам по профилю «педиатрия» на догоспитальном этапе; - медицинские показания для направления пациента с неотложным состоянием для дальнейшего лечения в стационар; - алгоритм применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме на догоспитальном этапе; - медицинские показания для оказания ребенку скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; правила транспортировки детей с неотложными состояниями, в зависимости от возраста и тяжести состояния; - правила оформления сопроводительной медицинской документации для пациентов, маршрутизируемых на дальнейший этап лечения
	<p>Уметь</p>	<ul style="list-style-type: none"> - оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) на догоспитальном этапе; - оказывать медицинскую помощь в неотложной форме ребенку с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при развитии нежелательных (побочных) реакций при введении лекарственных средств;
	<p>Владеть</p>	<ul style="list-style-type: none"> - навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на догоспитальном этапе; - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе; - навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской
<p>ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»</p>		

<p>ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний у пациентов по профилю «педиатрия»</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - основные деонтологические нормы и законы; основы медицинского права Российской Федерации; - Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; - Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие работу врача, подходы к диагностике и пр; - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; - Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; - Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»; - Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - Российские и международные документы, регулирующие защиту прав и охрану здоровья детей; - порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «педиатрия», клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи; - анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности, закономерности функционирования здорового организма ребенка в различные периоды детства и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; - особенности регуляции функциональных систем
	<p>Владеть</p>	<ul style="list-style-type: none"> - навыками определения диагностических признаков и симптомов психических отклонений (в том числе аутизма), антивиталяного поведения (суицид и агрессия) и употребления психоактивных веществ (ПАВ) у детей и подростков; - навыками составления плана дополнительного обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия»; - навыками направления пациента на консультацию к врачам-специалистам (в том числе к детскому психиатру, наркологу); - навыками интерпретации и анализа физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований; - навыками интерпретации заключений, полученных от врачей-специалистов; - навыками направления детей и подростков для обследования на туберкулез и интерпретации результатов; - навыками обследования детей, подвергшихся жестокому обращению или оказавшихся в трудной жизненной ситуации и взаимодействие со службами, задействованными в охране жизни и здоровья ребенка (органы опеки и соц.защиты, МВД и др.); - навыками проведения дифференциальной диагностики и установление заключительного диагноза в

<p>ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», контролирует его эффективность и безопасность</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»; - стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; - нормативно-правовую базу по оформлению рецептов на лекарственные препараты, в том числе сильнодействующие и иммунобиологических лекарственных средства, продукты лечебного питания; - правила выписывания рецептов; - методы лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; - виды режима двигательной активности в зависимости от тяжести состояния по заболеванию и стадии заболевания; - механизм действия, лечебные и побочные эффекты лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода, а также их взаимодействие и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств; - медицинские показания и противопоказания к их назначению у детей (в том числе, off-label); - возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, а также условия хранения лекарственных препаратов; - характеристику лечебных столов и показания для их назначения;
	<p>Уметь</p>	<ul style="list-style-type: none"> - разъяснять пациенту, его законным представителям и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимость и правила приема медикаментозных средств, продуктов детского и лечебного питания и лечебной косметики, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии. - выписывать рецепты для лекарственных средств списка А, Б, продуктов лечебного питания, пациентов льготных категорий. - обосновывать назначение лекарственных препаратов off-label, оформлять соответствующую документацию; - проводить простейшие лечебные манипуляции: <ul style="list-style-type: none"> - обработка пупочной ранки - утренний туалет новорожденного и грудного ребенка - гигиенический массаж новорожденного - закапывание капель в глаза, нос - лекарственная клизма - очистительная клизма - промывание желудка - использование дозированного ингалятора - использование спейсера - использование небулайзерного ингалятора и обучить им родителей (или законных представителей) ребенка, младший мед.персонал осуществляющих уход за ребенком.

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками разработки плана лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины; - навыками организации режима дня и лечебно - охранительного режима пациента, находящегося на стационарном лечении; - навыками назначения лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий, лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; - навыками назначения пациентам лекарственных средств off-label; - навыками оценки эффективности применяемых у пациента лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; - навыками назначения немедикаментозного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, курсовой прием минеральной воды, лечебное питание и пр.):
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации, в том числе длительно и часто болеющего ребенка, ребенка с хроническими заболеваниями, в том числе ребенка-инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями; - механизм воздействия санаторно-курортного лечения, физических лечебных факторов на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями; - медицинские показания для направления ребенка с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания;
		<ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторнокурортного лечения; - методы санаторно-курортного лечения; - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка.

	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; - составлять индивидуальный план реабилитационных мероприятий пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; - участвовать в проведении и контролировать выполнение мероприятий по медицинской реабилитации у ребенка с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»;
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения; - навыками реализации плана медицинской реабилитации и противорецидивного лечения для пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе детей-инвалидов и детей; - навыками участия в проведении мероприятий медицинской реабилитации; - навыками назначения санаторно-курортного лечения детям с хроническими заболеваниями; - навыками оформления медицинской документации для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в
ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия»	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - нормативные правовые акты, регламентирующие порядок выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, в том числе в форме электронного документа, правила признания лица инвалидом, недееспособным; - перечень заболеваний и (или) состояний по профилю «педиатрия», приводящие к ограничению жизнедеятельности ребенка (подростка);
		<ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания для направления ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу; - медицинские показания и требования к оформлению медицинской документации для направления ребенка (подростка), имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами на медико-социальную экспертизу - принципы организации и проведения медико-социальной экспертизы у пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь

	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - определять степень нарушения в состоянии здоровья ребенка, приводящие к ограничению его жизнедеятельности. - направлять ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медикосоциальной экспертизы. - формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз, в части наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний. - оформлять листок нетрудоспособности по уходу за больным несовершеннолетним пациентом.
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками определения нарушений состояния здоровья ребенка, приводящих к ограничению его жизнедеятельности; - навыками направления ребенка, с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы, врачебно-консультационной комиссии; - навыками определения необходимости ухода за пациентом и выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу законному представителю ребенка; - навыками определения необходимости продления листка временной нетрудоспособности по уходу за ребенком законному представителю ребенка дольше установленных сроков; - навыками оформления необходимой медицинской документации для проведения врачебно-
ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - нормативные документы, регламентирующие вакцинопрофилактику в РФ, перечень прививок, реализуемых в рамках НКПП РФ и сроки их введения. - перечень и сроки введения прививок, реализуемых в рамках календаря по эпид. показаниям на территории РФ и в регионе работы педиатра; - нормативные правовые акты (федеральные и локальные), регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, прохождения диспансеризации, диспансерного наблюдения, оказания медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях; - методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, элементов здорового образа жизни; - навыками проведение санитарно-просветительной работы с матерями грудных детей и формирование приверженности матерей к грудному вскармливанию; - навыками организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний здоровым детям и детям с отклонениями в состоянии здоровья, и хроническими болезнями по эпид. показаниям; - навыками назначения профилактических и лечебно - оздоровительных мероприятий ребенку с учетом факторов риска; - навыками организации экстренной иммунопрофилактики, в том числе активной и пассивной

<p>ПК-1.6 Оказывает паллиативную медицинскую помощь детям в условиях стационара</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - основные деонтологические нормы и законы; основы медицинского права Российской Федерации; Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие деятельность медицинских организаций и медицинских работников (в том числе, оказывающего паллиативную помощь), в том числе в сфере назначения, выписывания и хранения наркотических средств и психотропных веществ; - клинические рекомендации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; - порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; - клинические рекомендации по лечению болевого синдрома при оказании паллиативной медицинской помощи;
	<p>Уметь</p>	<ul style="list-style-type: none"> - устанавливать контакт с тяжело больным ребенком (и/или его законным представителем), получающим паллиативную помощь. - оценивать интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; - проводить обезболивание пациентов по профилю «педиатрия», нуждающихся в оказании паллиативной помощи. выбрать лекарственное средство, рассчитать дозу лекарственного средства, с учетом возраста и массы тела ребенка; - разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей; - обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, получающих паллиативную помощь;
		<ul style="list-style-type: none"> - предусматривать возможные осложнения и осуществлять их профилактику; - проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь; - консультировать родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; - оказывать помощь в решении этических и юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; - оказывать родственникам психологическую поддержку в период переживания горя и утрат

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками ведения пациентов с заболеваниями по профилю «педиатрия», находящихся в медицинской организации с круглосуточным пребыванием и нуждающихся в оказании паллиативной помощи; - навыками участия в разработке и проведении комплексных мероприятий по улучшению качества жизни пациентов, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; - навыками консультирования родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход, по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; - навыками решения этических вопросов, помощь в решении юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; - навыками оказания родственникам психологической поддержки в период переживания горя
ПК-1.7 Оказывает скорую медицинскую помощь детям в экстренной и неотложной формах на госпитальном этапе	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - особенности этиологии, патогенеза, диагностики и клинического течения неотложных состояний у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; - критерии диагностики неотложных состояний у пациентов по профилю «педиатрия»; - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; - методику и алгоритм проведения неотложной помощи пациентам по профилю «педиатрия» на госпитальном этапе; - методику и алгоритм проведения экстренной помощи пациентам по профилю «педиатрия»;
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - определять степень тяжести угрожающего состояния и прогноз для жизни. - оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) госпитальном этапе; - оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах ребенку с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при развитии нежелательных (побочных) реакций при введении лекарственных средств на госпитальном этапе; - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах на госпитальном этапе.
		<ul style="list-style-type: none"> - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. - оформлять необходимую сопроводительную медицинскую документацию и транспортировать (сопровождать) ребенка на следующий этап оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. - навыками определения медицинских показаний для оказания ребенку экстренной и неотложной медицинской помощи. - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. - навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме на госпитальном этапе при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	- правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - оформлять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; - получать согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных, на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику; - использовать в своей работе персональные
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; - навыками использования в работе персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну
ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»; - требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
	Уметь	- осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинских работников, находящихся в распоряжении
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками контроля выполнения должностных обязанностей, находящегося в распоряжении медицинского персонала; - навыками участия в обеспечении пределах своей компетенции внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - навыками соблюдения правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости оценивается выполнение работ, соответствующие видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, предусмотренных программой производственной практики. Текущий контроль успеваемости осуществляется ответственным

работником за проведение практической подготовки, о чем делается отметка (подпись) в соответствующем столбце дневника практики.

Промежуточная аттестация проводится в период, предусмотренный календарным учебным графиком. Оценивание уровня сформированности компетенций осуществляется в ходе защиты отчета о прохождении практики и ответов на вопросы. При выставлении оценки также учитывается характеристика на обучающегося, содержащая сведения об уровне освоения обучающимся профессиональных компетенций в период прохождения практики.

Обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», если учебным планом предусмотрен зачет с оценкой.

Оценка «отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его изложил в отчете о прохождении практики и на его защите, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу изложил его в отчете о прохождении практики и на его защите, не допускает существенных неточностей в ответе на вопросы, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов руководителя практической подготовки, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено», «не зачтено», если учебным планом предусмотрен зачет.

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его изложил в отчете о прохождении практики и на его защите, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий. Если допускает незначительные ошибки, то может устранить их самостоятельно, либо при помощи наводящих вопросов экзаменатора.

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Ординатору, не сдавшему отчет о прохождении практики в установленный календарным

учебным графиком период, выставляется оценка «неудовлетворительно» или «не зачтено».

1. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

Раздел	Наименование раздела	Оценочное задание	Код индикатора
Полугодие 2			
Раздел 1	Симуляционный курс	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите алгоритм действий при анафилактическом шоке; 2. Перечислите алгоритм действия при отеке Квинке; 3. Перечислите алгоритм действия при нарушении дыхания при попадании инородного тела в дыхательные пути 4. Перечислите алгоритм осмотра ABCDE у пациента в критическом состоянии. 5. Перечислите основные и дополнительные критерии клинической смерти? 6. Продемонстрируйте алгоритм проведения базовой СЛР. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.7</p>
Раздел 2	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики 2. Охарактеризуйте особенности организации - места прохождения практики 3. Перечислите и охарактеризуйте основные направления деятельности медицинского персонала в организации по месту прохождения практики 4. Перечислите нормативные правовые акты, регулирующие деятельность организации - места прохождения практики. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Перечислите локальные нормативные акты, изданные в организации по месту прохождения практики, какова цель их издания. 6. Опишите правила сбора анамнеза, составление плана обследования детей с заболеваниями в стационаре по месту прохождения практики. 7. Перечислите методы лабораторной диагностики заболеваний у детей, которые вы применяли в организации по месту прохождения практики. 8. Перечислите инструментальные методы исследования у детей с заболеваниями, которые вы применяли в стационаре по месту прохождения практики. 	<p>ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7</p>
Полугодие 3			

Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики 2. Охарактеризуйте особенности организации - места прохождения практики 3. Перечислите и охарактеризуйте основные направления деятельности медицинского персонала в организации по месту прохождения практики 4. Перечислите нормативные правовые акты, регулирующие деятельность организации - места прохождения практики. 5. Перечислите локальные нормативные акты, изданные в организации по месту прохождения практики, какова цель их издания. 6. Для чего пациентом или его законным представителем заполняется документ информированного согласия и на какие виды манипуляций он требуется? 7. Опишите правила сбора анамнеза, составление плана обследования детей с заболеваниями, в стационаре по месту прохождения практики. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 8. Перечислите физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей и подростков с заболеваниями в стационаре по месту прохождения практики. 9. Перечислите методы лабораторной диагностики заболеваний у детей, которые вы применяли в организации по месту прохождения практики. 10. Перечислите инструментальные методы исследования у детей с заболеваниями, которые вы применяли в стационаре по месту прохождения практики. 11. Какие существуют противопоказания для инструментальных методов исследования у детей, применяющихся в стационаре по месту прохождения практики? 12. Как осуществляется консультативная помощь другими специалистами детям, находящимся в стационаре по месту прохождения практики? 13. Какие диагностические алгоритмы используются в стационаре по месту прохождения практики? 14. Какие документы необходимо заполнить при выписке ребенка из стационара? 15. Принимали ли Вы участие в проведении профилактических мероприятий по формированию здорового 	<p>ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3</p>
Раздел 2	Поликлиника	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики. 2. Перечислите и охарактеризуйте основные направления деятельности медицинского персонала в организации по месту прохождения практики 3. Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию? 4. Какие категории детей пользуются льготами при лекарственном обеспечении? 5. Перечислите основные принципы обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности 6. Перечислите врачей-специалистов, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров детей и подростков 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-4.1 УК-4.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2</p>

		<p>7. Каковы порядки направления детей на лабораторное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи?</p> <p>8. Каковы порядки направления детей на консультацию к специалистам?</p> <p>9. Какие документы заполняются при направлении ребенка на госпитализацию, консультацию?</p> <p>10. Составляли ли Вы индивидуальный план вакцинации?</p> <p>11. Как оформляется медицинский отвод от вакцинации?</p> <p>12. Назовите основные принципы и этапы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.</p> <p>13. Оказывали ли Вы медицинскую помощь в неотложной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни?</p> <p>14. Проводили ли Вы интерпретацию результатов проведения пробы Манту, Диаскин-теста и других методов обследования на туберкулез?</p> <p>15. Обоснование и назначение лекарственных препаратов Off-label, оформление соответствующей документации</p> <p>16. Правила оформления санаторно-курортной карты для ребенка</p>	
Полугодие 4			
Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики Охарактеризуйте особенности организации - места прохождения практики Перечислите и охарактеризуйте основные направления деятельности медицинского персонала в организации по месту прохождения практики Перечислите нормативные правовые акты, регулирующие деятельность организации - места прохождения практики. Перечислите локальные нормативные акты, изданные в организации по месту прохождения практики, какова цель их издания Перечислите правила сбора анамнеза, составление плана обследования детей с заболеваниями, в стационаре по месту прохождения практики. Перечислите физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей и подростков с заболеваниями в стационаре по месту прохождения практики. Перечислите методы лабораторной диагностики заболеваний у детей, которые вы применяли в организации по месту прохождения практики. Перечислите инструментальные методы исследования у детей с заболеваниями, которые вы применяли в стационаре по месту прохождения практики Назовите правила оформления листа нетрудоспособности по уходу за ребенком в стационаре Каковы критерии определения инвалидности у ребенка с заболеванием в стационаре по месту прохождения практики? Каковы действия врача при выявлении случая инфекционного заболевания в соматическом отделении в 	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>УК-3.1</p> <p>УК-3.2</p> <p>УК-3.3</p> <p>УК-4.1</p> <p>УК-4.2</p> <p>УК-4.3</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ОПК-9.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.3</p> <p>ПК-1.4</p> <p>ПК-1.5</p> <p>ПК-1.6</p> <p>ПК-1.7</p> <p>ПК-2.2</p> <p>ПК-2.3</p>

	<p>стационаре?</p> <p>26. Как организована работа дежурного врача в месте прохождения практики?</p> <p>27. Какие документы заполняются в случае летального исхода у ребенка?</p> <p>28. Каковы действия врача при выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка в стационаре?</p> <p>29. Определите медицинские показания для направления детей и подростков к врачам-специалистам для назначения мероприятий медицинской реабилитации</p> <p>30. Какие виды экстренной и неотложной помощи вы определяли во время прохождения практики в стационаре?</p> <p>31. Наблюдали ли вы за время прохождения практики паллиативных пациентов? Разрабатывали ли вы индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов?</p> <p>32. В каких консилиумах по разбору сложных пациентов вы участвовали во время прохождения практики?</p> <p>33. Каких пациентов вы докладывали на утренних конференциях?</p> <p>34. Какие документы вы оформляли в электронном виде?</p>	
--	---	--

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов прохождения практики

По результатам прохождения практики обучающийся обязан подготовить отчет о прохождении практики, свидетельствующий о закреплении знаний, умений, приобретении практических навыков и опыта, сформированности компетенций и защитить его.

Если обучающийся без уважительной причины своевременно не сдал отчет по итогам прохождения практики, то у него возникает академическая задолженность. Обучающиеся, имеющие академическую задолженность по практике, вправе предоставить отчет о прохождении практики и защитить его в течение одного месяца с момента образования академической задолженности.

Обучающиеся, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, отчисляются из Университета как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы.

Примерная структура отчета о прохождении практики:

1. Введение;
2. 2-3 раздела;
3. Заключение;
4. Список использованных источников;
5. Приложения (при необходимости).

Основными требованиями, предъявляемыми к содержанию отчета о прохождении практики, являются следующие:

1. во введении указываются: цель, место, дата начала и продолжительность практики, краткий перечень основных работ и заданий, выполненных в процессе практики;
2. в основной части отчета дается описание основных достигнутых результатов в период прохождения практики в соответствии с программой практики. В случае невыполнения (неполного выполнения) программы практики в отчете отразить причины невыполнения.
3. в заключении описываются навыки и умения, приобретенные за время практики; делаются индивидуальные выводы о практической значимости для себя пройденной практики.

Основными требованиями, предъявляемыми к оформлению отчета о прохождении

практики, являются следующие:

-отчет должен быть отпечатан на компьютере через 1,5 интервала, номер шрифта - 14 Times New Roman, объемом 8-10 страниц машинописного текста;

-в отчет могут входить приложения (таблицы, графики, заполненные бланки и т.п.) объемом не более 20 страниц (приложения (иллюстрационный материал) в общее количество страниц отчета не входят);

-качество напечатанного текста и оформление иллюстраций, таблиц должно удовлетворять требованию их четкого воспроизведения;

-фамилии, названия учреждений, организаций, фирм и другие имена собственные приводят на языке оригинала;

-страницы отчета нумеруют;

-схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы;

-титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется;

-расчетный материал должен оформляться в виде таблиц, таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице, на все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Рисунки (графики, схемы, диаграммы и т.п.) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице, иллюстрации могут быть в компьютерном исполнении, в том числе и цветные, на все рисунки должны быть даны ссылки в работе.

Наиболее общими недостатками при составлении отчета о прохождении практики являются:

- нарушение правил оформления отчета о прохождении практики;
- отсутствие вспомогательных документальных материалов, подтверждающих проведение (выполнение) в ходе практики различных задач;
- невыполнение программы практики;
- расплывчатость заключений обучающегося в отчете о прохождении практики;
- отсутствие списка использованных источников.