Министерство здравоохранения Российской Федерации

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

Экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и инновационной деятельности

_____/А.В. Силин/

«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.19 Педиатрия
Форма обучения	очная

Вид практики	производственная (клиническая)
Тип практики	обучающий симуляционный курс
Способ проведения практики	стационарная
Объем практики (в зач.единицах)	3
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	108

Санкт-Петербург - 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия,

утверждённого в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденные приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители рабочей программы*:**

Романюк Федор Петрович, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, профессор, д.м.н.

Мельникова Ирина Юрьевна, зав. кафедрой педиатрии и кардиологии, профессор, д.м.н.

Пирогова Зинаида Ивановна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

Сидорова Татьяна Александровна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

***Рецензент*:** Никитина И.Л., д.м.н., профессор, заведующая кафедры педиатрии Федерального центра им. В.А. Алмазова

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии
(наименование кафедры)
« 5 » июня 2017 г. Протокол № 7

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики 4

2. Задачи практики 4

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы ..4

4. Формы проведения практики 4

5. Время и место проведения практики 4

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики 5

7. Структура и содержание практики 7

8. Формы отчетности и аттестации по практике 9

9. Фонд оценочных средств 9

9.1. Критерии оценки 9

9.2. Оценочные средства 9

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение 119

11. Материально-техническое обеспечение 127

12. Методические рекомендации по прохождению практики 128

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по педиатрии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-педиатра, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач

2. Задачи практики

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие способность и готовность:

- проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия);
- оценить данные клинического, лабораторного, рентгенологического и функционального инструментального обследования;
- постановить диагноз с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)
- назначить ребенку адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии
- к проведению диспансеризации детей и подростков, выбору рекомендации по оптимальному режиму в период реабилитации ребенка

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГСО ВО по специальности 31.08.19 Педиатрия

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами:

- Педиатрия
- Патология

4. Формы проведения практики

Практика проводиться дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий

.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1 курсе.

в аттестационно-обучающем симуляционном центре Университета, симуляционных классах кафедры педиатриии и детской кардиологии и кафедры педиатриии и неонатологии и на клинических базах кафедры: в СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1», «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины» (кардиоревматологическое отделение), СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», СПб ГБУЗ «ТМО №111 детская городская поликлиника №77», СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2». симуляционном классе кафедры педиатриии и детской кардиологии и на клинических базах

кафедры: в СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса» (кардиологические койки в составе соматического отделения, дневной стационар в структуре АКЦ).

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; - анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; - принципы наблюдения детей и подростков	обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний - собрать анамнез; провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп; -навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза.
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; - основы	анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп ; - методами физического самосовершенствования и самовоспитания

			применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях	образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи ; - проводить с детьми, подростками и их родителями профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания	
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистичесой классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского и женского населения; -клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей, подростков; -современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий ; -принципы и методы оказания первой	-проводить физикальное обследование здорового и больного ребенка, - анализировать результаты рентгенологического обследования детей и подростков; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах детей и подростков; -обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний	-методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков ; -алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; -алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях. - навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального

			медицинской и при неотложных состояниях у детей и подростков;		обследования детей и подростков.
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	- классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные эффекты .	- обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного ребенка и подростка, анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения детей и подростков ; - разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	- назначением лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных заболеваний и патологических процессов у детей и подростков
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Базисная сердечно-легочная реанимация	18	**Оказание медицинской помощи в экстренной форме** Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах.	 10 10

			Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	
2	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	**Оказание медицинской помощи в экстренной форме** Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока.	10
3	Сердечно-легочная реанимация новорожденного	4	**Оказание медицинской помощи в экстренной форме** Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах.	10
4	Диагностика, лечение, профилактика и диспансеризация детей и подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	68	Проведение обследования детей с целью постановки диагноза Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности Реализация и контроль эффективности индивидуальных программ реабилитации для детей Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения Отработка навыков диагностической, лечебной, профилактической и реабилитационной деятельности при решении ситуационных задач	50

7. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности по практике:

-дневник ординатора

Форма аттестации:

-промежуточная аттестация в форме зачета

Промежуточная аттестация проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования,

тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.

8. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Оценка практических навыков	Оценка правильности выполнения практических навыков обучающимся	Оценочный лист правильности проведения сердечно-легочной реанимации	Знание методики и грамотность выполнения практических навыков
2.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

9.2.1. Оценочный лист правильности проведения сердечно-легочной реанимации

Действие	Отметка о выполнении Да/Нет

1. Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего: Осмотреться 2. Жест безопасности 3. Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи. 4. Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?» 5. Призвать на помощь: «Помогите человеку плохо!» 6. Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего 7. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего :двумя пальцами другой руки 9. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути 10. Приблизить ухо к губам пострадавшего 11. Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего 12. Считать вслух до 10 13. Факт вызова бригады \ Вызвать специалистов (СМП), сообщив 14. Координаты места происшествия 15. Кол-во пострадавших 16. Пол (и примерный возраст) 17. Состояние пострадавшего 18. Предположительная причина состояния 19. Объем Вашей помощи 20. Дождаться ответа: "Вызов принят" 21. Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему 22. Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды 23. Основание ладони одной руки положить на середину грудины пострадавшего 24. Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок 25. Время до первой компрессии (не затягивалось) 26. 30 компрессий подряд 27. Руки спасателя вертикальны 28. Не сгибаются в локтях 29. Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней 30. Компрессии отсчитываются вслух 31. При ИВЛ использовалось собственное надежное средство защиты (не марля и не платочек, а специальное устройство, например, из автомобильной аптечки) 32. Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего 33. 1-ым и 2-ым пальцами этой руки зажать нос пострадавшему 34. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки 35. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие 36. Обхватить губы пострадавшего своими губами 37. Произвести выдох в пострадавшего 38. Освободить губы пострадавшего на 1-2 сек. 39. Повторить выдох в пострадавшего Показатели тренажера 40. Адекватная глубина компрессий больше 90% 41. Адекватное положение рук при компрессиях больше 90% 42. Полное высвобождение рук между компрессиями больше 90% 43. Адекватная частота компрессий больше 90% 44. Адекватный объём ИВЛ больше 80% 45. Адекватная скорость ИВЛ больше 80%	

46. Базовая реанимация продолжалась циклично 47. Базовая реанимация прекращалась только по команде 48. Не было такого, что компрессии вообще не производились (или большие перерывы) 49. Не тратил время на отдельную проверку пульса на сонной артерии вне оценки дыхания 50. Не пальпировал места проекции лучевой (и/или других периферических) артерий 51. Не тратил время на оценку неврологического статуса (осмотр зрачков и т.п.) 52. Не тратил время на лишние вопросы об анамнезе, поиск медицинской документации 53. Не тратил время на поиск и использование ЛС, платочков, бинтиков, тряпочек 54. Не проводил ИВЛ в случае отсутствия средств защиты (или проводил ИВЛ с защитой) 55. Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия 56. Субъективное благоприятное впечатление эксперта	

Комментарии:

1. Во время компрессии грудной клетки необходимо продавливать ее на глубину не менее 5 см и не более 6 (для взрослых).

2. Частота компрессии грудной клетки должна составлять не менее 100 и не более 120 движений в 1 мин.

3. Объѐм вдыхаемого воздуха в пострадавшего (взрослого человека) должен составлять не менее 600 и не более 700 мл воздуха из легких спасающего. Критерий эффективного вдоха при базовой СЛР - видимый подъѐм грудной клетки

4. Руки обучающегося для компрессии должны быть сложены в замок и, важно, чтобы ладонная поверхность не отрывалась от поверхности груди после прекращения надавливаний, а руки не сгибались в локтевых суставах.

5. Для компрессии грудной клетки необходимо использовать силу плечевого пояса (и таза), а не бицепсы. Колени должны быть на ширине плеч.

6. Не предпринимать лишних действий (определять ширину зрачков, наличие инородных тел в дыхательных путях, прикладывать ко рту зеркальце и пр.).

7. Оценка пульса не считается ошибкой, если проводится медицинским работником и оценивается специальным приѐмом совместно с оценкой наличия дыхания.

8. Центр грудной клетки - относительный ориентир. Более точная точка приложения компрессии грудной клетки - перекрест линии, идущей вдоль грудины, и линии, соединяющей соски (4-5 межреберье).

9. При проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) целесообразно использование собственной специальной лицевой маски, которую медицинский работник всегда носит с собой (а не только на экзамен). При отсутствии специальной лицевой маски допустимо не проводить ИВЛ. Проведение ИВЛ без средства защиты (специальной лицевой маски) допустимо при собственном желании обучающегося, но с учетом риска

9.2.2. Тестовые задания

Инструкция: выберите один правильный ответ

Неотложные состояния в кардиологии детского возраста

315	АЛГОРИТМ ПЕРВОГО ЭТАПА БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
а)	Обеспечить проходимость дыхательных путей - 10 искусственных вдохов -10 компрессий грудной клетки - 2 вдоха – 20 компрессий
б)	**Обеспечить проходимость дыхательных путей - 5 искусственных вдохов - 15 компрессий грудной клетки - 2 вдоха – 15 компрессий**
в)	5 искусственных вдохов -15 компрессий грудной клетки - обеспечить проходимость дыхательных путей - 2 вдоха – 15 компрессий
г)	10 искусственных вдохов -10 компрессий грудной клетки - обеспечить проходимость дыхательных путей - 2 вдоха – 20 компрессий
316	ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В МИНУТУ У ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ
а)	60-80
б)	120-140
в)	80-100
г)	**100 - 120**
317	СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ КОМПРЕССИЙ И ДЫХАНИЯ ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧИСЛА СПАСАТЕЛЕЙ) СОСТАВЛЯЕТ
а)	**15 : 2**
б)	15 : 1
в)	10 : 2
г)	10 : 1
318	ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СОСТАВЛЯЕТ
а)	5 см
б)	**4 см**
в)	2 см
г)	8 см
319	ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СОСТАВЛЯЕТ
а)	2 см
б)	4 см
в)	**5 см**
г)	8 см
320	ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРОВОДИТСЯ
а)	**двумя пальцами или циркулярно двумя руками на границе средней и нижней трети грудины**
б)	основанием ладони одной руки на границе средней и нижней трети грудины
в)	двумя пальцами или циркулярно двумя руками на границе верхней и средней трети грудины
г)	основанием ладони одной руки на границе верхней и средней трети

	грудины
321	ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРОВОДИТСЯ
а)	ладонями двух рук на границе верхней и средней трети грудины
б)	двумя пальцами или циркулярно двумя руками на границе средней и нижней трети грудины
в)	**основанием ладони одной руки на границе средней и нижней трети грудины**
г)	основанием ладони одной руки на границе верхней и средней трети грудины
322	БАЗИСНУЮ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ПРИ
а)	**отсутствие пульса на периферических или магистральных артериях при его пальпации в течение 10 сек, отсутствие реакции пострадавшего на внешние раздражители**
б)	отсутствие пульса на периферических или магистральных артериях при его пальпации в течение 10 сек, наличии реакции пострадавшего на внешние раздражители
в)	артериальной гипотензии ниже 50 мм рт. ст. и брадикардии
г)	артериальной гипотензии ниже 50 мм рт. ст. и спонтанной двигательной реакции
323	ОПТИМАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
а)	внутрикостно
б)	**в периферические или центральные вены**
в)	эндотрахеально
г)	внутрисердечно
324	ПРЕПАРАТ НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРОГО ВСЕГДА ПОКАЗАНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
а)	амиодарон
б)	атропин
в)	**адреналин**
г)	прокаинамид
325	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВВОДЯТ
а)	**амиодарон**
б)	атропин
в)	адреналин
г)	аденозин
326	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВВОДЯТ
а)	амиодарон
б)	**аденозин**
в)	атропин
г)	адреналин
327	КАРДИОГЕННЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а)	недостаточного объема крови
б)	препятствия кровотоку
в)	нарушенного распределение внутрисосудистого объема
г)	**недостаточной насосной функции сердца**
328	ПРИЗНАКИ I СТАДИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а)	**тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка в покое; отношение частоты пульса к частоте дыхания у детей старше 1 года — 1: 4,5**
б)	тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка при небольшой физической нагрузке; отношение частоты пульса к частоте дыхания у детей старше 1 года — 1: 3
в)	тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка в покое; увеличение размеров печени
г)	цианоз, степень которого не уменьшается под влиянием оксигенотерапии
329	ПРИЗНАКИ IIA СТАДИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а)	тахикардия и одышка, появляющиеся у ребенка у ребенка после физической нагрузки; отсутствие цианоза
б)	**тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка в покое; увеличение размеров печени**
в)	цианоз, степень которого не уменьшается под влиянием оксигенотерапии, при нормальной частоте пульса и дыхания
г)	олигурия, периферические отеки
330	ПРИЗНАКИ IIБ СТАДИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а)	**тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка в покое; олигурия,, периферические отеки**
б)	тахикардия и одышка, отчетливо проявляющиеся у ребенка в покое; сохраненные размеры печени
в)	тахикардия и одышка, появляющиеся у ребенка у ребенка после физической нагрузки; отсутствие цианоза
г)	цианоз, степень которого не уменьшается под влиянием оксигенотерапии, при нормальной частоте пульса и дыхания
331	ЗАСТОЙНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПЕРЕГРУЗКОЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а)	увеличением печени
б)	периферическими отеками
в)	**влажными хрипами в нижних отделах легких**
г)	контурированием шейных вен
332	ЗАСТОЙНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПЕРЕГРУЗКОЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а)	периферическими отеками
б)	**одышкой**
в)	увеличением печени
г)	контурированием шейных вен
333	ЗАСТОЙНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПЕРЕГРУЗКОЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а)	**неэффективностью ингаляции больших концентраций кислорода**
б)	периферическими отеками

в)	увеличением печени
г)	контурированием шейных вен
334	ЗАСТОЙНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПЕРЕГРУЗКОЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а)	одышкой
б)	влажными хрипами в нижних отделах легких
в)	**периферическими отеками**
г)	неэффективностью ингаляции больших концентраций кислорода
335	ЗАСТОЙНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПЕРЕГРУЗКОЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а)	влажными хрипами в нижних отделах легких
б)	**увеличением печени**
в)	одышкой
г)	неэффективностью ингаляции больших концентраций кислорода
336	ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ОРИЕНТИРАМИ ПРЕДСЕРДНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ
а)	**тахикардия более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста**
б)	деформация и расширение комплекса QRS на фоне тахикардии
в)	отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
г)	АВ-диссоциация
337	ПРИЗНАКАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ
а)	**отсутствие зубцов Р, разные по продолжительности интервалы RR**
б)	наличие волн f, одинаковые по продолжительности интервалы RR
в)	отсутствие зубцов Р, одинаковые по продолжительности интервалы RR
г)	наличие волн f, различные по форме комплексы QRS
338	ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
а)	дигоксина
б)	пропранолола
в)	оксигенотерапии
г)	тримеперидина
339	НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
а)	аденозина
б)	верапамила
в)	лидокаина
г)	атропина сульфата
340	ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
а)	падением артериального давления
б)	влажными хрипами в лѐгких
в)	сухими хрипами в лѐгких

г)	влажным кашлем
341	ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
а)	перегрузки правых отделов сердца
б)	перегрузки левых отделов сердца
в)	нарушений сердечного ритма
г)	ишемии миокарда

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ :

	-	1
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Участковый врач проводит первичный патронаж к мальчику 1 мес. 15 дней. Анамнез жизни: мальчик от 3 беременности,(1-я мед.аборт, вторая – выкидыш). Матери 27 лет. Во время беременности в 16 и 20 недель была угроза прерывания, дважды переболела ОРВИ. Роды в 32 недели гестации, путем кесарева сечения. Оценка по Ангар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 1800, длина 43 см. К груди приложен на 2 сутки, сосал вяло, срыгивал, получал молочную смесь для недоношенных. Осмотр неврологом: Отмечалась невротическая симптоматика. Не вакцинирован. Масса тела при выписке 2400,0 рост 46 см. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, активный. Удерживает головку в вертикальном положении, прислушивается к голосу, фиксирует взгляд. Имеется первичный мышечный гипертонус верхних и нижних конечностей, сухожильные рефлексы высокие. Рефлексы физиологические : ползание по Бауэру, автоматической ходьбы снижены. Рефлексы Бабкина и Робинсона положительные. Большой родничок 3х3 см, не выбухивает. Над легкими при перкуссии звук легочный, везде одинаковый. Дыхание при аускультации выслушивается пуэрильное, хрипов нет. ЧД 38 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 140 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера 5 раз в день, кашицеобразный, желтый, с кисломолочным запахом. Мочеиспускание безболезненное до 20 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета. Находится на искусственном вскармливании. Получает смесь Nan 1
	1	Сформулируйте заключение оценки здоровья ребенка.

	-	Недоношенный ребенок с низкой массой тела, соответствующий сроку гестации, 32 недели беременности(1 степень недоношенности). Перинатальное поражение ЦНС, ранний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Группа здоровья IIБ. Группы риска I, II, II.I
2	-	Антрометрические показатели соответствуют сроку гестации, физическое развитие среднее, гармоничное, частота ЧСС 140 , ЧД- 38, кратность мочеиспускания и стула по возрасту. Нервно-психическое развитие несколько страдает из-за перенесенной ПЭП, сохраняется гипертонус верхних и нижних конечностей, имеется гипертонус мышц шеи(ребенок в 1,5 мес не должен держать голову). Эмоциональное развитие соответствует 1 мес. Имеется отклонение в двигательной сфере.
1	-	Ребенок недоношенный. ПЭП Группа здоровья II.
0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
	2	Соответствуют ли антропометрические показатели гестационному возрасту ребенка?
Э	-	Весо-ростовые показатели ребенка при рождении соответствуют 32 неделе беременности.
2	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
1	-	Не указан один фактор риска.
0	-	Фактор риска указан неверно.
	3	Какие этапы выхаживания недоношенных детей вам известны? Как должен наблюдаться недоношенный ребенок в детской поликлинике?
	-	Два этапа недоношенных детей. Первый этап – в родильном доме. Второй этап - ребенок выписывается в поликлинику. При возможной стабилизации всех функций органов и систем. Наличие самостоятельного сосания, массы тела 2200,0 – 2500,0, отсутствие заболеваний, достаточного роста гемоглобина в крови. Первичный патронаж недоношенного ребенка осуществляется врачом-педиатром совместно с заведующим отделением – в первый день поступления на участок. Динамические - последующие дни с осмотром неонатологом , неврологом на дому. Далее педиатр осматривает ребенка на дому один-два раза в неделю, в первые 3 -4 месяца и в эпидемический период –

		только на дому. Явка в детскую поликлинику с 4 до 12 месяцев один-два раза в месяц.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие советы по питанию дать матери ребенка. Составьте меню-раскладку на 1 день.
	-	Показана адаптированная молочная смесь, предназначенная для недоношенных детей в первые 6 месяцев пре-NAN , далее при хороших прибавках массы тела перевод на последующие молочные смеси формулы 2. Расчеты. Объемные метод:1/5 от массы равно 2400 х 1/5 = 480 мл. в сутки. Частота кормлений 6 раз через 3,5 часа, разовый объем 80 мл. Потребность ребенка в белках 2,5 гр. на кг. (6 грамм в сутки), в жирах 6,5 гр/кг. (15,6 гр. В сутки) в углеводах 13 гр/кг. (31,2 гр в сутки), 115 ккал на килограмм массы (176 ккал в сутки). Меню-раскладка на один день: в 6-00 час., в 9-30, в 13-00, в 16-30, в 20-00, 23-30 – молочная смесь преNAN по 80 мл. Обязательная профилактика рахита коликальцеферолом)витамин Д3) в дозе 1000МЕ.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный .
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие профилактические прививки будут выполнены у данного ребенка до 1 года
	-	В 1,5 месяца первая вакцинация против вирусного гепатита В, через день – БЦЖ – М ; В 2.5 мес.- первая вакцинация от пневмококковой инфекции, вторая вакцинация против вирусного гепатита В; В 3,5 мес. Первая вакцинация от коклюша, дифтерита, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции; В 5 мес. Вторая вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции и пневмококковой инфекции; В 6 мес. Третья вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции, Третья вакцинация от гепатита В,; В 12 мес. Вакцинация от кори, краснухи, эпидемического паротита.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	2
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	При профилактическом осмотре жалобы матери на беспокойство ребенка, залысину и потливость(влажный след на подушке после сна).Ребенку 5 мес., мальчик. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, без патологии, родился в ноябре с массой 3600,0 и ростом 53 см., оценен по шкале Апгар 8-10 баллов. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Находится на грудном вскармливании, получает яблочный сок. В три месяца произведен анализ крови: гемоглобин – 108 гр/л., эритроциты – 3800 /л. В 3,5 мес. Перенес ОРВИ, лечился дома, купание и прогулки прерывались на 2 недели. В 4 мес. на прием не пришел. В 5 мес. Рост 70 см, масса 8600,0. Мальчик интересуется окружающими, улыбается на ласковое обращение, берет игрушку из рук, подолгу гулит, переворачивается со спины на живот. Объективно: состояние близко к удовлетворительному. Бледный, кожа влажная, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно, мышечная гипотония. Голова скошена, уплощена с правой стороны, залысина затылка, большой родничок 1,5х!.% см. Края родничка податливые, теменные и затылочные кости вдоль швов. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура развернута. Дыхание в легких пуэрильное, при аускультации. При перкуссии перкуторный тон легочной. Границы сердца при перкуссии не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, частотой 132 уд/мин. Живот несколько увеличен, гипотоничен. Печень +1,5 см. ниже края реберной дуги. Край ровный, эластичный. Стул кашицеобразный, один раз и два раза оформленный был вчера. Диурез в норме.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие причины развития данного состояния.
	-	Основной диагноз : витамин Д-дефицитный рахит II степени, острое течение , период разгара, средней степени тяжести – на основании синдрома остеомаляции: скошенность головы, податливость краев

		родничка и черепных швов, грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура развернута: мышечная гипотония, имеется нарушения функции вегетативной нервной системы: беспокойство, повышенная потливость, залысина в затылочной области. Сопутствующий диагноз: дефицитная анемия I степени тяжести нормохромная. На основании наличия бледности, снижения гемоглобина крови, эритроцитов. Цветовой показатель 0,9. Причины развития рахита – рождение ребенка поздней осенью, (данные о применении витамина Д отсутствуют) недавно перенесенное ОРВИ, в результате чего наблюдалось нарушение режима – прерывание купания и прогулок, а также двигательных нагрузок.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка
	-	Физическое развитие – рост выше среднего, (75-90 перц.),нервно-психическое развитие соответствует возрасту 5 мес .Эмоциональное развитие – также 5 мес.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза
	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать общий анализ крови с полной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением кальция, фосфора, активность щелочной фосфатазы, сывороточного железа, железосвязывающей способности крови, ферритина.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте медикаментозное лечение
	-	Медикаментозное лечение витамином Д (холекальциферол) по

		2000МЕ (по 4 капли один раз в день в течении 4 недель.) Далее переходить на профилактическую дозу 500 МЕ (1 капля в течение 2 лет). На 3 году жизни принимать по 500 МЕ ежедневно в течение 1 мес. Препараты железа – ферумлек, актиферрин (10 капель 1 раз в день до нормализации уровня гемоглобина)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Проведите коррекцию питания.
	-	Ребенок в возрасте 4,5 – 5 мес. уже должен получать первый прикорм. Надо ввести, учитывая , что у ребенка есть рахит и анемия, первый прикорм овощной, фруктовое пюре и кашу, обогащенные железом – гречневую. Можно начать с 5,5 мес, учитывая, что у ребенка анемия, при хорошей толерантности к каше и овощам, с 6 мес. мясной фарш к овощному прикорму.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	3
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6 лет госпитализирована для обследования патологических изменений мочи. Ребенок от1й беременности протекавшей Сугрозой прерывания беременности на ранних сроках и лейкоцитурией. В анамнезе у матери пиелонефрит. Родилась в срок масса-3500г. Длиной52см. Втечении2х первых лет жизни наблюдалась неврологом с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Гипертензионно гидроцефальный синдром. На грудном вскармливании до 6 мес. До 4х лет воспитывалась дома переносила редкие ОРВИ. В легкой форме. С начала до посещения детского сада отмечены частые простудные заболевания до5-6 раз в год.Сэтого же времени стали беспокоить частые болезненные мочеиспускания эпизоды недержания мочи днеми ночью. Иногда беспокоили боли внизу живота при мочеиспускании. При этом эпизоды дизурии сопровождались подъемом температуры до37.5 с незначительными изменениями в общем состоянии ребенка В4 и5 лет лечилась у гинеколога по воду вульвовагинита. В анализах мочи периодически наблюдалась Лейкоцитурия до50-60 в поле зрения. При отсутствии белка и

		эритроцитов.. По поводу указанных симптомов не обследовалась лечение в амбулаторных условиях. Проводилось родителями домашними средствами – отвар толокнянки и теплые ванночки. Объективно: состояние средней тяжести бледная пониженного питания вялая аппетит снижен. Масса17 кг. Рост100см. АД-100,/50 мм.рт.ст. Кожа и слизистые чистые под глазами синева Дыхание в легких везикулярное.ЧД-22 в минуту.Тоны сердца ритмичные ЧСС-89 уд.вмин..Живот мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Мочится достаточно диурез примерно1000мл. стул 1 раз без патологических примесей. При осмотре промежности гиперемия половых губ.. бело желтые выделения.
	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
	-	Инфекция мочевых путей. Хронический цистит. Хронический вульвовагинит. Возможно, у девочки имеется пузырно мочеточниковый рефлюкс. Или врожденный порок мочевой системы. Необходимо обследование в стационаре.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	План обследования?
	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору анализ мочи по Нечипоренко. Мазок из вульвы на флору Ультразвуковое исследование почек. Цистография. Анализ мочи на солиурез. Анализ мочи суточный по энтеробактериального антигена по Зимницкому. Биохимический анализ крови уровень креатинина с расчетом серости клубочковой фильтрации. Планировать урофлуорометрию реакцию пассивной гемагглютинации или показатель общего антигена бактерий покрытых антителами. БИАтест.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назовите нормативы бактериальной обеспеченности мочи у детей различного возраста
	-	Нормативы бактериальной обсемененности мочи бактериоурия свыше100000 колониеобразующих единиц микроорганизмов в 1мл мочи полученной при свободном мочеиспускании из средней струи мочи в стерильную емкость. 10. 000 и более микробных тел мл мочи собранной с помощью катетера. Любое число колоний в1мл мочи, полученной из надлобковой области путем пункции мочевого пузыря. 50/000 микробных тел в 1 мл мочи для детей первого года жизни E/Coli 10.000 микробных тел вульгарного протея.
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назовите уропатоген , являющийся причиной данного заболевания.
	-	В течение длительного периода наблюдения было достоверно установлена ведущая роль бактерий семейства Enteribactereaceu в развитии микробно воспалительного процесса в мочеполовой системе, причем 60-80% случаев приходится на долю E.coli,реже определяются протей, стафилококк, энтерококк, синегнойная палочка и различные их ассоциации.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания
	-	Отягощенность наследственного анамнеза(пиелонефрит у мамы с обострением во время беременности), патология течения беременности, ребенок относится к группе часто болеющих детей.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	4
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 15 лет на приеме участкового врача с жалобами на сильные приступообразные боли в поясничной области. Боли при мочеиспускании Анамнез заболевания: в течение пяти лет страдает дисметаболической нефропатией; обследована в стационаре, выявленооксалатно-кальциевая кристаллурия. Рекомендованную диету соблюдала эпизодически, терапия проводилась нерегулярно. Наследственность отягощена: у матери ожирение IIстепени и хронический пиелонефрит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь, гипертоническая болезнь. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, беспокойная, не может приять удобную позу, возбуждена. Кожа бледная, легкая пастозность лица. Миндалины увеличены до IIстепени. Задняя стенка глотки розовая. Есть кариозные зубы. Частота дыхания 18/мин, дыхание в легких везикулярное, сердечная деятельность удовлетворительная. ЧСС 100/мин. Тоны ясные, ритм правильный, АД- 127/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень – у края реберной дуги, селезенка и почки не пальпируются. Выраженная болезненность в поясничной области, симптом поколачивания резко положителен с обеих сторон. Моча мутная, ярко желтая. Стул оформленный, регулярный.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Дисметаболическая нефропатия, оксалатно-кальциевая

		кристаллурия, фаза декомпенсации. Мочекаменная болезнь, почечная колика, острый цистит. Диагноз поставлен на основании выявленных синдромов: болевого, жалобы на приступообразные боли в поясничной области. Возбуждение, беспокойство, не может приять удобную позу, при пальпации выраженная болезненность в поясничной области, симптом поколачивания положителен. Дизурического синдрома (боли при мочеиспускании).Отечного синдрома(легкая пастозность лица в результате возможного нарушения уродинамики вследствие обструкции мочевых путей камнем). Мочевого синдрома (мутная моча), а также сведений из анамнеза: ребенок в течение пяти лет страдает дисметаболической нефропатией, в стационаре выявлено оксалатно-кальциевая кристаллурия. Рекомендованную диету соблюдала эпизодически, терапия проводилась нерегулярно.
2		Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверный
	2	Каков план дополнительного обследования
	-	Общие анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, УЗИ –почек, мочевого пузыря, органов брюшной полости, экскреторная урография, уроцитограмма, биохимический анализ крови(остаточный азот, мочевина, креатинин, мочевая кислота, кальций, фосфор, аммиак,и щелочная фосфотаза).
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверный
	3	Консультации каких специалистов нуждается ребенок
	-	Консультации специалистов: уролога, так как приступ почечной колики требует экстренной помощи и госпитализации в урологическое отделение; нефролога,(при неадекватном лечении дисметаболической нефропатии имеется прогрессирующее течение, которое рано приводит к нефролитиазу и хронической почечной недостаточности; стоматолога (наличие кариозных зубов, требующие санации); ЛОР-врача (миндалины увеличены до IIстепени.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверный
	4	Опишите тактику ведения ребенка. Обоснуйте лечение с выбором медикаментозной терапии.
	-	Стол по М.И.Певзнеру № 6: прием большого количества жидкости; исключить из питания щавель, петрушку, кинзу, сельдерей, салат, шпинат, крепкие мясные бульоны, уху,грибы,какао, шоколад, крепкий чай, кофе, красную смородину, отвар шиповника; Рекомендуется капустно-картофельная диета две-три недели каждого месяца. Супы и борщи

		вегетарианские с отварным мясом, рисом, сметаной.Разрешены мед, фрукты (груши, яблоки, абрикосы), соки, компоты. Из медикаментозных препаратов : ингибиторы реабсорбции солей, двухпроцентный раствор этидроновой кислоты(Ксидифон) , перидоксин (витамин В6), препараты магния, активатор интермедиального обмена – тиамин(витамин В1), антиоксидант-витамин Е. Антибактериальная терапия ; амоксициллин плюс клавулановая кислота внутрь 7 дней. При мочекаменной болезни дистанционно ударная волновая липотрепсия, являющаяся неинвазивным и безопасным методом при наличии камней в почках. В основе образования ударных волн с помощью специального генератора и фокусировка этих волн на камни, что приводит к его разрушению.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверный
	5	Опишите план дальнейшего наблюдения
	-	Ребенок нуждается в диспансерном наблюдении IV группе с последующим переходом в III группу. Объем обследования: общий анализ мочи – ежемесячно, завести мочевой лист, проба по Зимницкому, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристаллообразующей способности мочи, показателей перекисного окисления липидов, УЗИ почек один раз в год; биохимический анализ крови, исследование аммиак, титруемые кислоты суточной мочи, активность фосфолипазы, щелочная фосфотаза, креатинкиназа- два раза в год; суточная экскреция оксалатов с мочой, фосфор крови и мочи, экскреция с мочой кальция, аммиака, титруемых кислот, калия, натрия, мочевой кислоты - два раза в год.
2	-	Дан правильный полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверный
	-	5
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неполный
	2	Тактика ведения новорожденного.
	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
	-	Вскармливание грудным молоком.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	6
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Анамнез: Беременная женщина 27 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдалась совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и в женской консультации по месту жительства, получала антиретровирусную терапию. В родах - Невирапин (вирамун) - 1 таблетка (0,2 грамма препарата) перорально однократно с началом родовой деятельности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 5 часов, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 35 см Состояние с рождения расценено как удовлетворительное. Период респираторной адаптации протекал гладко.
	1	Какие нарушения тактики ведения родов можно отметить?
	-	Никаких - во время родов нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как увеличивается риск инфицирования ребенка. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Нуждается ли ребенок в проведении антиретровирусной терапии?
	-	Обязательно
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Если нуждается, какая комбинация препаратов применяется?
	-	Невирапин+азидотимидин+эпивир
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Как в данном случае назначается грудное вскармливание?
	-	Грудное вскармливание противопоказано
	-	Дан полный развернутый ответ

2		
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, может сниматься с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев при условии:
	-	отрицательного результата исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА + отсутствия клинических проявлений ВИЧ-инфекции + отсутствия гипогаммаглобулинемии
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	7
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6мес на плановом профилактическом приеме. Анамнез жизни . Девочка от 2-й беременности.протекавшей на фоне токсикоза в обе половины . На 32 неделе беременности перенесла ОРВИ . 1-ая беременность мед .аборт. Роды на сроке 40 недель. По шкале Апгар оценена на7-8 баллов. Масса тела при рождении-3100г. Длина-50см. До 3 мес. Была на грудном вскармливании У матери снизилась лактация была переведена на смесь NAN-1. В настоящее время получает 6 кормлений в день по 160.0 . 5раз см.NAN и 1 раз в день гречневая каша.Фруктовое пюре . соки. В возрасте 3-.4- 5 мес проведена вакцинация АКДС и полимиелит. Объективно- состояние удовлетворительное. Масса тела 6800г длина 65 см. Хорошо держит голову опираясь на руки . Переворачивается пытается ползать. Гулит и улыбается на обращенную речь. Кожа и слизистые чистые. Большой родничок -1на1см. не напряжен В полости рта 2 зуба. язык розовый. Перкуторно над легкими звук легочной. Границы сердца не расширены.При аускультации дыхание в легких пуэрильное хрипов нет. Тоны сердца четкие и ритмичные чатотой 136 в мин. ЧД.-38 в мин.Живот мягкий доступен глубокой пальпации.Печчень+1.5 см край ровный эластичный Селезенка не пальпируется..Стул и диурез не нарушены.

	1	Проведите комплексную оценку здоровья. К какой группе риска можно было бы отнести данного ребенка.
	-	Онтогенез данного ребенка несколько отягощен. Физическое развитие среднее гармоничное-25-75 перц. Нервнопсихическое развитие – показатели соответствуют 6 мес. Резистентность хорошая . Индекс острых заболеваний - =0.15.Функциональное состояние органов и систем без отклонений. Практически здорова. Риск перинатального поражения ЦНС. Учитывая во время гестации токсикоз и перенесенную ОРВИ оценку по шкале Апгар 7-8 баллов- асфиксию легкой степени.Факторы риска не реализовались. Группа здоровья 11А
2	-	Дан полный развернутый ответ.
1	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
	2	Какие отклонения в вакцинации ребенка обнаружены?Назовите план вакцинации до1 года.
Э	-	Прививка БЦЖ проведена в род .доме. Первая вакцинанацияАКДС+инактивированная полиомиелитная вакцина была проведена в 3мес и 4 мес и 5 мес .нет вакцинации и ревакцинации против пневмококковой инфекции. Необходимо проведение вакцинации против вирусного гепатита В затем в12мес против кори .краснухи и паратита.
2	-	.Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан не полный
0	-	Ответ дан не верно.
	3	Каков план наблюдения за ребенком во вторую половину первого года жизни..
	-	Режим 111 -5 кормлений через 3.5-4 часа 2 дневных сна продолжительностью 2-2.5ч. ночной сон 11часов. Прогулки 4-5 часов питание по возрасту с введением кисломолочной смеси мясного фарша ЛФК и массаж.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	4	Какие педагогические рекомендации на следующий эпикризный с
	-	Педагогические рекомендации- ребенок к 7 мес должен уметь ползать. Стоять у опоры пытаться самостоятельно сесть. Длительно заниматься игрушками. Громко повторно произносить различные слоги Стимулировать развитие этих навыков.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по питанию. Составьте меню раскладку на 1 день.
	-	.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
		Рекомендации по питанию- ввести мясное пюре одно кормлениепресной молочной смеси заменить на кисломолочную адаптированную смесь перейти на молочные смеси формулы 2. Потребность ребенка в белках 2.6г.кг. в жирах-6.0 -2 в углеводах-13г.кг. Расчет питания 6.8кг.110ккал,кг.= 748ккал .6чутра- молочная смесь NAN-2ф -200мл.10ч утра гречневая каша 160.0г.+сливочное масло 4г. Фруктовое пюре.40мл. 14ч. Дня овощное пюре растительное масло4г. Мясное пюре 30г. Фруктовый сок 30мл. 18ч вечера смесь NAN-2-200мл. 22ч- адаптированная смесь NAN-2ф
	-	8
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На профилактическом приеме мать с ребенком 8 мес. Жалобы матери на бледность ребенка с 4-5 мес. Слабость снижение аппетита. Анамнез жизни- девочка от2 беременности протекавшей сгестозом на фоне анемии во 2 половине беременности.Роды вторые срочные. Масса при рождении2900 длина48см. .Введены соки и фруктовое пюре.Обективно- состояние ближе к средней тяжести. Масс тела в 8мес 7400 длина 70см. Кожные покровы и слизистые бледные.

		Подкожножировой слой на животе+1см. мышечная гипотония.Дыхание в легких пуэрильное частота дыхания 34 в мин. Тоны сердца ясные на верхушке сердца выслушивается систолический шум .Частота сердечных сокращений 130 в мин. Печень +3см из подребра. Край ровный гладкий. Селезенка не пальпируется.Стул диурез не нарушены. В клиническом анализе крови Гемоглобин-95гл Эритроциты-3800000 Лейкоциты7300 СОЭ-5мм.ч Анализ мочи- Уд.вес-1015цвет соломенно- желтый белок –нет Лейкоциты 2-5 в п.зр.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Проведите комплексную оценку здоровья с определением группы здоровья
	-	Онтогенез ребенка отягощен Родилась с малым весом 2900 и длиной 48см к 8 мес сохраняется равномерное отставание по массе и росту физическое развитие среднее гармоничное Нарушено функциональное состояние органов и систем. Группа здоровья 11Б. Анемия железодефицитная гипохромная легкой степени тяжести. Диагноз анемии выставлен на основании жалоб матери на бледность наличия астенического синдрома слабость вялость снижение аппетита анемического синдрома в клиническом анализе крови Гемоглобин-95гл эр3800000 цветовой показатель-0.75. Умеренно выраженная мышечная гипотония.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каков патогенез заболевания.
	-	У матери во время беременности гестоз во 2-ю половину беременности -анемия . Вторая половина беременности –основа дефицита запасов железа.Высокаяинтнсивность метаболических процессов на первом году жизни с ранним переводом на икусственное вскармливание и отсутствие своевременного введения блюд прикорма привела к быстрому истощению антенатального запаса железа.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	3	Назначьте дополнительное лабораторное обследование
	-	Дополнительное обследование повторный анализ крови с определением гемоглобина. Эритроцитов ретикулоцитов лейкоцитов и полной лейкоцитарной формулы. Вбиохимическом анализе крови определение сывороточного железа ферритина и общей железосвязывающей способности крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Проведите коррекцию в питании Какой из препаратов железа порекомендуете ребенку.
	-	Ребенку необходимо ввести прикормы овощной и гречневую кашу и постепенно вводить мясной фарш. Вводить и другие отечественные каши обогащенные железом. Лечение следует провести препаратом феррум-лек в сиропе по 5 капель 2 раза в день2 месяца – восстановление нормального уровня гемоглобина .Затем по5 капель 1 раз в день 1 месяц- -восстановление запасов железа в организме.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назовите рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка в детской поликлинике.
		. Диспансерное наблюдение ребенка в группе здоровья11Б .Осмотр педиатром 2 раза в месяц с оценкой общего анализа крови .Повторить общий анализ крови через 6мес. Затем 1раз в месяц в течении года затем 1 раз в 3месяца. Снятие с учета производится при нормализации показателей красной крови сывороточного железа общей связывающей способности сыворотки крови ферритина в течение 1года . Девочка после нормализации гемоглобина должна находится в группе риска по анемии не менее 6 мес. Консультация гематолога показана если анемия

		рефрактерна к ферротерапии.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	9
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 2г8мес.Жалобы- на частый и сухой кашель одышку повышение температуры тела до 38.6 С.Заболел остро 2дня назад лечили дома самостоятельно.но в связи с увеличением одышки на 3-й день обратились к врачу детской поликлиники. Анамнез жизни- мальчик от первой беременности протекавшей без особенностей.Роды срочные масса тела при рождении 3300.0г длина 51 с. Начал посещать детское учреждение с1г.7 мес. Стал болеть ОРВИ перенес тяжести 6 заболеваний. Одышка появилась впервые. Объективно- состояние средней тяжести температура 37.6. Кожа бледная цианоз носогубного треугольника.Носовое дыхание затруднено отмечается слизистое отделяемое . Задняя стенка глотки гиперемирована. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура.Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. При аускультации на фоне удлиненноговыдоха выслушиваются рассеянные свистящие сухие и разнокалиберные влажные хрипы.Частота дыханий 40 в мин, Тоны сердца приглушены ритмичные ЧСС 126 в минуту. Живот мягкий .доступен глубокой пальпации безболезненный Печень+1.5см из под края реберной дуги. Край ровный гладкий. Стул диурез не нарушены. Общий анализ крови- RBC 3500000. Hgb85г/.л ретикулоциты 6 промили нейтрофилы 48 палочкоядерные-2. LYM -38 BA -1 EOS-3 MON-8 микросфероцитоз и анизоцитозСОЭ-19мм ч.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.?
	-	Диагноз - Острый обстуктивный бронхит-установлен на основании развития заболевания –болен в течении3-х дней.Одышка появилась на 3 день заболевания.На основании клинических данных выделяются следующие синдромы .о бщеинфекционно -интоксикационный повышение температуры - В общем анализе кровиэВ общем анализе крови умеренное увеличениеСОЭ лейкопения с лимфоцитозом.Катаральный частый сухой кашель слизистое отделяемое. Задняя стенка глотки гиперемирована Бронхобструкивный синдром .Дыхательная недостаточность 1степени. Признаки экспираторной одышки тахипноэ в покое. Сопутствующийдиагноз дефицитная гипохромная анемия 11степени на основании анемического синдрома гипохромия ЦП-0.7 норморегенераторная-ретикулоциты- в норме средней степени тяжести по содержанию RBC и Hgbмикросфероцитозанизоцитоз
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
	-	Ответ дан неверно

0		
	2	Какие необходимы дополнительные методы обследования
	-	Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой проэкции бактериологический посев мокроты с определением чувствительности тесты на выявление скрытого бронхоспазма. С-реактивный белок сывороточное железо коэффициент насыщения трансферином общая железосвязывающая способность сыворотки крови ферритин в сыворотке крови содержание иммуноглобулина Е-IgE Вирусологическое исследование.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назначьте лечение.
	-	Режим постельный в острый период диета 16 стол. Ингаляции с Iprutropiibromidi по одной ингаляции 3 раза в день амброгексал по 2.5мл. 3 раза в день после еды. Феррум-лек по15 капель 2 раза в день 1.5 мес.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план наблюдения и план профилактических прививок ребенка на 3 году жизни.
	-	Диспансерное наблюдение по11 Б .группе здоровья. Педиатр -2 раза в год . хирург .ортопед .невропатолог. стоматолог. ЛОР-. врач. окулист . детский уролог-андролог. Психиатр. В три года –общий анализ крови и общий анализ мочи.Иследование глюкозы в крови . Диспансеризация по поводу дефицтной анемии. Контроль общего анализа крови через 2 недели и далее 1 раз в месяц. Назначение препарата железа в половинной дозе в течение месяца после нормализации уровня эритроцитов и гемоглобина в общем анализе крови. Вакцинация против гриппа ежегодно. Если не была проведена вакцинация против полиомиелита в текущем году то провести ее через месяц после выздоровления.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте меню –раскладку на один день
	-	Первый завтрак 8ч утра- гречневая каша на молоке 200г. яйцо. Яблочный сок 80мл. хлеб пшеничный 10г. масло сливочное 5г. Второй завтрак в 11ч. Молочная смесь NAN-3. Обед-13ч. Вермешелевый суп на мясном бульоне 100мл. котлета мясная 70г. Овощное пюре 100г. Компот из сухофруктов90мл. хлеб ржаной 10г. Полдник -16ч кисломолочная смесьNAN-3 -150мл. творожная запеканка 50г. Яблоко 50Г. Ужин-19ч.

		Овощное пюре 100 г. Булка 10г. Сливочное масло 5г. Молоко 60мл.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	10
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Анамнез: мать – 25 лет, в браке, беременность 3-я роды 1. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами на ранних сроках по желанию женщины. Во время данной беременности – на учете с 8 недель беременности, обследована. 3-й тест на сифилис – положительный, получила курс лечения Бензилпенициллином после 33-й недели беременности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 10 час, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 34 см.
	1	Диагноз?
	-	Профилактическое лечение сифилиса.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Нуждается ли ребенок в проведении специфической терапии?
	-	Обязательно
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Каким антибактериальным препаратам необходимо отдать предпочтение?
	-	Бензилпенициллина натриевая или новокаиновая соль, ампициллин, цефтиаксон
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	4	План обследования?
	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое обследование на сифилис – ИФА. РПГА, РИФ, РИБТ, рентгенограмма легких, трубчатых костей, осмотр: невролога, оториноларинголога, окулиста.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Продолжительность курса лечения?
	-	10 дней
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	11
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 12 лет Вызов врача на дом. Болен в течение2-х недель перенес ОРВИ с подьемом температуры до 39 градусов.с выраженными катаральными явлениями со стороны носоглотки Отмечались сухой не продуктивный кашель и явления ринита.Лечился амбулаторно с положительным эффектом. Температурная реакция нормализовалась. Вчера вечером вновь подьем температуры до38.6 градусов вновь появился кашель с плохим отхожденим мокроты. Объективно-состояние средней тяжести за счет интоксикации и гипертермии.Вялый аппетит снижен жидкость пьет хорошо.Видимые слизистые розовые чистые.Кожные покровы бледные чистые. Периоральныйцаноз Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована .Миндалины не увеличены без налетов. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Микрополиадения. Частота дыханий 24 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Обе половинки грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания Перкуторно укорочение перкуторного тона паравертебрально справа и под лопаткой справа в6 сегменте Дыхание в легких жесткое .под углом лопатки справа ослабление дыхания здесь же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы Тоны сердца приглушены. ЧСС-100ударов в минуту. Живот мягкий доступен глубокой пальпации без болезненный. Печень по краю реберной дуги край ровный . Селезенка не пальпируется. Мочится обильно. Стул был вчера оформленный.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Острая внебольничная правосторонняя пневмония. Средней степени тяжести. ДН -1. Диагноз пневмонии поставлен на основании клинических симптомов –интоксикации гипертермии локальных перкуторных и аускультативных данных свидетельствующих о поражении легочной ткани. Периоральный цианоз умеренная одышка в покое- соотношение пульса к дыханию 1к 5. Р-100ударов в мнуту ЧД-24 в мин.

2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Диагноз пневмонии следует дифференцировать с ОРВИ- при котором выражены катаральные изменения со стороны носоглотки и не всегда имеется кашель. Также дифференциальный диагноз следует проводить с острым бронхитом. Один из симптомов острого катарального бронхита- кашель. При бронхите при аускультации выслушиваются симметрично над обоими легкими сухие хрипы и влажные крупнопузырчатые. Для пневмонии характерна локальность поражения. Также дифференцировать следует с туберкулезом. Начало туберкулеза почти бессимптомное утомляемость недомогание покашливание потливость.. в то время как для \пневмонии характерно выраженное начало гипертермия нередко с ознобом.
2	-	Ответ полный
1	-	Ответ дан не полный
Р0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие обследования следует провести для потверждения диагноза пневмония.
	-	Необходимы клинический анализ крови в котором при пневмонии отмечается лейкоцитоз с нейтрофилезом со сдвигом влево и ускоренное СОЭ. При бронхите в клиническом анализе крови чаще лейкопения с нейтропенией и относительным лимфоцитозом а при туберкулезе чаще умеренный лекоцитозлимифопения и моноцитоз. Необходимо также сделать и ретгенологиеское исследование грудной клетки в двух проэкциях.При пневмонии на рентгеновских снимках пневмонический очаг в виде инфильтрации при очаговой пневмонии при сегментарной пневмонии поражение одного или 2 сегментов при долевой пневмонии поражение целой доли инфильтративными изменениями. При бронхите на ренгенограммах симметричное усиление легочного рисунка а при туберкулезе поражение легких выглядит в виде четких округлых полиморфных очагов чаще в верхней доле. Проводится также и посев мокроты – при пневмонии высев чаще пневмококка но может быть и другая бактериальная флора При туберкулезе выделяются микобактерии туберкулеза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие показания к госпитализации при певмонии.?
	-	Показаниями к госпитализации при подозрении на пневмонию могут быть дети новорожденные и первых месяцев жизни дети до года с

		выраженной гипертермией у старших детей выраженная плохо купируемая гипертермия тяжелая степень дыхательной недостаточности потеря сознания различные осложнения со стороны других органов и систем.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое наблюдение рекомендуется после выздоровления от пневмонии
		После выздоровления от пневмонии рекомендуется диспансерное наблюдение за ребенком в течении3-х месяцев наблюдение педиатром по показаниям пульмонологом контроль за анализами крови. ЛФК массаж.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	12
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 13 лет переносит ОРВИ. Болен 3 день высоко лихорадит выражены катаральные явления со стороны носоглотки. Пришел в поликлинику для сдачи крови на общий анализ по направлению педиатра При взятии крови из пальца у мальчика появились слабость. Головокружение. тошнота шум в ушах . резкая бледность . Мальчик потерял сознание. Объективно-состояние средней тяжести. Зрачки расширены. Реакция на свет ослаблена. Кожне покровы бледные с мраморностью покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения нитевидный – 50 ударов в минуту Артериальное давление резко снижено 60/ 30мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. Учащенное 20 в мин.. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены Брадикардия Р-50уд. в мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.
	1	Что случилось сребенком? Поставьте диагноз.
	-	У ребенка возникла острая сосудистая недостаточнось. Коллапс.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Что лежит в основе данногосостояния.
	-	В основе данного состояния лежит острая сосудистая недостаточность. Резкое снижение снижение сосудистого тонуса Уменьшение объема циркулирующей крови. Гипоксия мозга

		.угнетение важных функций организма.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какая необходима помощь мальчику при острой сосудистой недостаточности?
	-	свободное дыханиеУложить ребенка горизонтально с опущенным головным концом и приподнятыми ногами обеспечить свободное дыхание расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить достаточный приток свежего воздуха.согретьребнка обтереть лицо холодной водой . поднести к носу томпон смоченный нашатырным спиртом При затяпувшемся обмороке 10раствор кофеина 01мл на год жизни-1.3мл преднизалон 10мг на кг веса Укладка ребенка с .опущенным головным концом для усиления притока крови к голове.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Подлежит ли ребенок госпитализации в этом состоянии.
	-	При затянувшимся обмороке с тяжелыми клиническими проявлениями ребенка госпитализируют. Транспортировку в стационар производят в горизонтальном положении.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Каковы основные причины возникновения острой сосудистой недостаточности .
	-	Острое инфекционное заболевание ОРВИ. Грипп. Бронхит пневмония. Острая кишечная инфекция . передозировка гипотензивных средств острая кровопотеря острая надпочечниковая недостаточность тяжелая травма .синдром вегетативной дисфункции
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
		13
		Девочка, 12 лет, обратилась на консультацию к кардиологу в связи с приступами потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что первый приступ потери сознания возник в возрасте 10 лет во время катания на аттракционе

		в парке. Приступ сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. В связи с обмороком больная проконсультирована кардиологом в одной из ведущих кардиологических клиник, проводилось суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ. Исключены кардиальные причины синкопе, лечение не назначалось. В возрасте 11 лет повторный приступ потери сознания: после активной игры поднялась на второй этаж и потеряла сознание. В 12 лет два синкопальных эпизода: во время спокойной езды на велосипеде и на фоне бега. Продолжительность всех обмороков около 1 минуты. Некоторые приступы сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. Перед потерей сознания сердцебиение. После обмороков слабость, головная боль. Анамнез жизни: девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Вторая из двойни. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2 раз в год). Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. С 10 лет занимается конным спортом Семейный анамнез: у матери приступы потери сознания в детстве на фоне волнений, без видимой причины, не сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 154 см, вес 41 кг. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. На верхушке и в т. Боткина систолический шум, интенсивностью 2/6, экстракардиально не проводится. ЧСС 64 в мин. (лежа). АД 84/50 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный. Менструации с 11 лет, регулярные, по 5 дней через 30 дней, безболезненные. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64-74 в мин. (25-50 перцентиль). ЭОС не отклонена. PQ 0,09-0,10 сек. (укорочение PQ). QT 400 мс, QTc=444 мс (на ЧСС 74 в мин). Стоя синусовый ритм с ЧСС до 124 в мин. Электролиты крови в норме. Суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ: в дневное и ночное время синусовый ритм. Укорочение интервала PQ (0,08-0,09 сек.) . ЧСС ср. днем - 75 уд/мин. (норма 85-96). ЧСС ср. ночью - 57 уд/мин. (норма 66-74).ЧСС ср. сутки - 67 уд/мин. (норма 75-87).ЦИ -1,32 (норма-1,24-1,38). Правильный циркадный профиль сердечного ритма.В период бодрствования (по дневнику подъем на 2 этаж, сердцебиение, сопровождающееся головокружением) эпизод полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. Паузы ритма до 1384 мс (норма не более 1500 мс). Продолжительность интервала QT на минимальной ЧСС 45 уд/мин. 480 мс (норма 390-480 мс). Автоматический анализ интервала QT (по 1 каналу): QTo- 429 мс (N 330 - 400 мс), QToc -446 мс (N 400 - 450 мс), QTp-345 мс (N 255 -310 мс), QTpc - 359 мс (N305 -360 мс). QT max - измерение неверно. Параметры частотной адаптации интервала QT в пределах нормы. Эхокардиография: признаки пороков сердца не выявлены. Размеры полостей и сократительная способность миокарда в норме. Открытое овальное окно 1,5 мм в диаметре.
	1	Укажите наиболее вероятную причину обмороков. Обоснуйте свой ответ.
	-	Наиболее вероятная причина синкопальных состояний – полиморфная желудочковая тахикардия. Связь синкопальных состояний с

		физической нагрузкой, регистрация во время физической нагрузки (по дневнику подъем на 2 этаж) при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин., сопровождающейся клинически сердцебиением, головокружением.
2	-	Ответ верный.
1	-	Ответ частично верный: правильно указана причина обмороков, отсутствует обоснование или обоснование неверное.
0	-	Ответ неверный.
	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
		Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синкопальная форма. Открытое овальное окно 1,5 мм.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии установлен на основании анамнеза (синкопальные состояния, связанные с физической нагрузкой, сердцебиение перед обмороками), объективных данных (регистрация при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. во время физической нагрузки, нормальная продолжительность интервала QT;отсутствие структурной патологии сердца по данным эхокардиографии, которая могла быть связана с развитием полиморфной желудочкой тахикардии; отсутствие электролитных нарушений). Брадикардия в сочетании с укороченным интервала PQ характерна для детей с синкопальной, злокачественной формой катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией. Открытое овальное окно диагностировано при проведении эхокардиографии.
2	-	Диагноз обоснован верно.
1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм.
0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
	4	Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки.
	-	Учитывая установленный клинически диагноз катехоламинергической полиморфной желудочкой тахикардии, отсутствие в анамнезе указаний на эпизод остановки сердца с проведением реанимационных мероприятий, ранее проводимую антиаритмическую терапию, назначение бета-блокатора. Согласно национальным рекомендациям по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти бета-блокаторы должны быть назначены всем больным с установленным диагнозом катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией вне зависимости от наличия клинических

		проявлений (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора будут являться рецидив синкопальных состояний на фоне приема бета-блокатора - первичная профилактика внезапной сердечной смерти и остановка сердца – вторичная профилактика (класс рекомендаций I, уровень доказательности C).
2	-	Тактика лечения (включая обоснование) выбрана верно.
1	-	Тактика лечения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно
0	-	Тактика лечения данного пациента выбрана и обоснована неверно.
	5	Дайте рекомендации по дальнейшим занятиям конным спортом, физкультурой в школе у данной пациентки.
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу у больных с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардий при наличии клинических симптомов прогноз крайне неблагоприяный без наличия имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов и такие пациенты должны быть отстранены от занятий соревновательными видами спорта, включая конный спорт. От уроков физкультурой в школе девочка должна быть тоже отстранена.
2	-	Ответ верный.
1	-	Ответ частично верный: отсутствуют или неправильные рекомендации по дальнейшим занятиям спортом или физкультурой в школе.
0	-	Ответ неверный.
	-	14
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Мальчик 14 лет, поступил в стационар экстренно с жалобами на приступ затрудненного дыхания, сопровождающийся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, подъемом АД до 135/70 мм рт.ст. на фоне тахикардии В течение последнего года было 3 аналогичных приступа, последний - месяц назад после острого респираторного заболевания, на фоне высоких психо-эмоциональных нагрузок. Приступы длительностью до 10 мин., купируются самостоятельно или при применении физических методов (горячая вода, глубокое дыхание). Обычный уровень АД в пределах нормы, с тенденцией к гипотонии, умеренной брадикардии. Анамнез жизни: ребенок от первой неосложненной беременности. Роды - срочные, физиологические. Родился с массой - 3150 г. Рост - 51 см. Апгар - 8/9. Крик - сразу. Особенности периода новорожденности - без патологии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. На 1 году жизни синдром гипервозбудимости. Оперативное лечение: в 3 года- фимоз, в 11 лет аденотонзилотомия. В настоящее время наблюдается неврологом, психиатром с диагнозом: синдром Туретта. Панические атаки. Получает тиаприд (нейролептик) и афобазол. Состоит на диспансерном учете у отоларинголога - хронический тонзиллит, стадия компенсации.

		Наследственность: мама - артериальная гипотензия, отец - склонность к АГ. По линии матери - СД 2 типа, ожирение, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия. По линии отца: инсульт, СД 2 типа, синдром WPW. Занимается в музыкальной школе, в секции баскетбола. Толерантность к физическим нагрузкам хорошая. Клиническое обследование: Длина тела 166 см, масса - 59 кг. В прошлом году — ростовой скачок на 10 см. Телосложение нормостеническое. Осанка правильная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Акрогипергидроз, усиленный сосудистый рисунок кистей рук. Область сердца - не изменена. Тоны сердца - ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. В легких дыхание - везикулярное. ЧД 20 в мин.. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 17,4 ед/л, холестерин 4,75 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,7, билирубин общий 14,8 мкмоль/л, мочевина 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 294 мкмоль/л, глюкоза 4,66 ммоль/л, белок 78 г/л. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Полувертикальная позиция сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 107/62 мм рт ст., среднедневное АД 110/65 мм рт. ст., средненочное АД 100/57 мм рт ст. За время наблюдения в стационаре отмечалось две приступа затрудненного дыхания и подъема АД, купированы приемом валерьяны и пустырника.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз с учетом требований МКБ 10
	-	Вегетативная дисфункция G90.9, кризовое течение (симпато-адреналовые кризы в структуре панических атак).
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз верный по сути (например, вегето-сосудистая дистония), не соответствует современным требованиям МКБ 10
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Дайте обоснование диагноза
	-	Диагноз вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб больного на приступы затруднения дыхания, сопровождающееся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, эпизоды повышения АД до 135/70 мм. рт. ст., проявления периферической вегетативной дисфункции. Имеется связь усугубления симптоматики с ростовым скачком
2	-	Диагноз обоснован верно.
1	-	Диагноз обоснован не полностью
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования

		пациента
	-	Учитывая отягощенную наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, необходимо оценить факторы риска. Целесообразно проведение ЭХО-КГ для выявления гемодинамических и структурных нарушений; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния глазного дна; ультразвуковое исследование почек; УЗДГ сосудов головного мозга для оценки кровотока в магистральных артериях головы; оценки функции внешнего дыхания Кризовое течение АГ требует исключения феохромоцитомы.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1	-	План дополнительного обследования составлен избыточно, или не включает все необходимые компоненты.
0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования, включая обследование для исключения феохромоцитомы.
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием гипотензивных препаратов. Какие препараты рекомендуете? Обоснуйте свой выбор.
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базового лечения не требуется (по результатам суточного мониторирования АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средненочное АД 113/67). При повышении АД и учащении ЧСС во время приступа — разовый прием метопролола 12,5 мг — под язык. В качестве основной терапии рекомендуется прием препаратов из группы анксиолитиков, психотерапия.
2	-	Лечение обосновано правильно.
1	-	Лечение обосновано частично.
0	-	Лечение не обосновано.
	5	После выписки из стационара в соответствии с рекомендациями педиатра проведена коррекция режима дня и питания, двигательного режима, закончен курс лекарственной терапии, проведены занятия с психотерапевтом. При повторном осмотре через 6 мес – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако панические атаки не повторялись ни разу. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Сделать акцент на здоровом образе жизни, достаточная физическая активность, продолжить занятия с психотерапевтом. В настоящее время в лекарственной терапии не нуждается.
2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1	-	Тактика ведения пациента обосновано частично.
0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
	-	15
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Мальчик, 9 лет, поступил в стационар в плановом порядке с

		жалобами на головную боль, энурез. Головная боль беспокоит в течение 2-х недель, практически ежедневно, локализация болей преимущественно в теменных областях, чаще в утренние часы, усиливается на фоне психо-эмоциональных нагрузок, тошнотой и носовыми кровотечениями не сопровождается. АД на фоне головных болей не измеряли. Купируется самостоятельно. Головных болей при физических нагрузках не отмечал. Метеозависимость отсутствует. Физические нагрузки переносит хорошо, переносимость душных помещений и транспорта хорошая. В раннем возрасте наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии, синдрома гипервозбудимости, пирамидной недостаточности, цефалгии. С 7 лет состоит на диспансерном учете с дисфункцией синусового узла, недифференцированной дисплазии соединительной ткани. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. Посещает среднюю школу с углубленным изучением иностранного языка, успеваемость средняя. Дополнительно посещает занятия футболом 3 раза в неделю в течение 4 лет. Отношения со сверстниками и в семье хорошие. Наследственность не отягощена. Объективно: Состояние удовлетворительное. Длина тела - 138 см, масса тела - 31 кг, ИМТ 16,2. Осанка сколиотического типа. Телосложение нормостеническое. Кожа обычной окраски, чистая. Область сердца визуально не изменена, патологической пульсации нет. Верхушечный толчок в V межреберье кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы. Границы сердца не расширены. Тоны сердца громкие, соотношение тонов не нарушено, ритмичные, мягкий систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС в клиностазе 46 в мин, ЧСС в ортостазе 60 в мин., ЧСС после 15 приседаний 100 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс на лучевых, бедренных артериях ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыханий 19 в мин. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 25,7 ед/л, холестерин 4,25 ммоль/л, билирубин общий 5,1 мкмоль/л, мочевина 3,4 ммоль/л, креатинин 47 мкмоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, белок 68 г/л, калий 5,0 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, кальций общ 2,54 ммоль/л, КФК 189 ед/л, КФК-МВ 16 ед/л, АСЛО 45,4 МЕ/мл. Гормональный профиль: ТТГ 3,32 мкМЕ\мл (норма 0,27-4,2), Т4 свободный 17,51 нмоль/л (норма 12,0-22,0), антитела к ТПО 1334 МЕ/мл (норма 0-30), АТ к тиреоглобулину 0,57 МЕ/мл (норма 0-30 МЕ/ мл). Клинический анализ мочи, посев мочи на флору — без патологических изменений. ЭКГ: Эктопический правопредсердный ритм, брадикардия с ЧСС 50 в мин, эпизоды миграции водителя ритма с ЧСС 57 в мин, на вдохе — синусовая брадикардия с ЧСС 60 в мин. Стоя — синусовый ритм с ЧСС 91 в мин. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Холтеровское мониторирование: признаки вегетативной дисфункции синусового узла. Наджелудочковая экстрасистолия 4173 в сутки. ЭЭГ: умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга с неустойчивым функциональным состоянием нейронов коры на фоне дисфункции регуляторных структур таламо-диэнцефального уровня, с процессами возбуждения на фоне нагрузки. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано.

	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
	-	Вегетативная дисфункция G90.9. Нарушение ритма сердца: наджелудочковаявагозависимая экстрасистолия, дисфункция синусового узла. НК0. Энурез. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз отражен частично.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Дайте обоснование диагноза
	-	В ходе обследования выявлено вагозависимое нарушение ритма сердца: наджелудочковая экстрасистолия (4173 в сутки по ХМЭКГ), а так же дисфункция синусового узла, представленная брадикардией, преимущественно в ночное время. Признаки недостаточности кровообращения отсутствуют. О наличии вегетативной дисфункции свидетельствует перинатальная энцефалопатия как предрасполагающий фактор, связь соматических жалоб с психоэмоциональным напряжением. Энурез требует расшифровки, вероятно следует говорить о моносимптомномэнурезе. Он может быть одним из проявлений вегетативной дисфункции. По результатам УЗИ щитовидной железы и гормонального исследования имеет место аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.
2	-	Диагноз обоснован верно
1	-	Диагноз обоснован неполностью
0	-	Основной диагноз обоснован полностью неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
	-	Учитывая наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани необходимо проведение эхокардиографии для исключения соединительнотканной дисплазии сердца. Указания на перинатальную энцефалопатию требуют оценки состояния шейного отдела позвоночника и УЗДГ сосудов головного мозга для характеристики кровотока в магистральных артериях головы. Учитывая интерес пациента к занятиям спортом, целесообразно проведение функциональной оценки состояния сердечно-сосудистой системы при нагрузочных пробах. Необходимо диспансерное наблюдение детского кардиолога и педиатра.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью и обоснован
1	-	План дополнительного обследования неполный, избыточный, без необходимого обоснования
0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием антиаритмических препаратов. Обоснуйте рациональную терапию.

	-	Назначение антиаритмических препаратов в качестве базового лечения не требуется. Терапия должна быть нацелена на коррекцию вегетативной дисфункции: рациональный образ жизни, психотерапия; препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены.
2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
1	-	Лечение пациента обосновано частично
0	-	Предлагаемое лечение неадекватно
	5	Как изменится состояние вегетативной нервной и сердечно-сосудистой системы в пубертатном периоде у данного пациента?
	-	Учитывая наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани, следует ожидать замедленных темпов пубертатного развития и развития сердца. После ростового скачка проявления вегетативной дисфункции усилятся. Развитие артериальной гипертензии мало вероятно. Динамическое эхокардиографическое и ЭКГ наблюдение необходимо для выявления возможного развития пролапса митрального клапана и метаболических нарушений в миокарде. Переносимость физических нагрузок будет ухудшаться.
2	-	Прогноз определен верно
1	-	Прогноз определен частично верно
0	-	Прогноз определен неверно
	-	16
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Юноша, 17 лет, поступил планово с жалобами на головокружения, редкие головные боли, повышение АД. Анамнез заболевания: повышение АД с 13 лет, максимально до 160/90 мм рт. ст., сопровождается сердцебиением, сонливостью, головокружением, «мушками» перед глазами. С гипотензивной целью принимал капотен — без эффекта. Периодически возникает головная боль, иногда сопровождается тошнотой. «Рабочее» давление 130/60-70 мм. рт. ст. Повышение АД к вечеру, на фоне эмоционального возбуждения. Контроль АД нерегулярный, при ухудшении самочувствия. При последней госпитализации 2 года назад состояние трактовалось как: Артериальная гипертензия 1 ст., средний риск. Ожирение смешанного генеза (ИМТ 33,4). Вегето-сосудистая дистония по симпатикотоническому типу. Астено-невротический синдром. После выписки рекомендации соблюдал частично. В течение двух лет у кардиолога не был, терапию не получал. Со слов соблюдал диету, на фоне которой похудел на 9 кг, затем вновь прибавил 9 кг. В течение последних 2 недель получал фенибут. Отмечал незначительное снижение АД. Обмороков, судорог не было. В анамнезе аффективно-респираторные приступы. Физическую нагрузку переносит плохо, предпочитает пассивный образ жизни. Назначения врач игнорирует, «так ка толку от них нет» Анамнез жизни: ребенок от 1 родов в срок, осложненных

		хронической внутриутробной недостаточностью и гипоксией в родах. Роды кесаревым сечением по экстренным показаниям. Параметры тела при рождении 4050/54. Шкала Апгар 6/8. Состояние при рождении средней степени тяжести за счет наркотической депрессии. Наблюдался неврологом с рождения с диагнозом: перинатальная энцефалопатия смешанного генеза, синдром двигательных нарушений. Наблюдается у невролога и кардиолога с вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу, артериальнойгипертензией I степени, у эндокринолога – ожирением III степени, смешанного генеза; у ортопеда – нарушением осанки, компенсированным плоскостопием; у офтальмолога – миопией слабой степени. Перенесенные заболевания: ОРВИ редко 2-3 раза в год, инфекционный мононуклеоз в 4 года. Наследственность: у дедушки по линии матери – операция на сердце (названия не знает), у дедушки по линии отца – инсульт, у бабушки по линии матери – сахарный диабет I типа. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Длина тела 190 см, масса тела 119 кг, ИМТ 32,96 (SDS=3,58). Макросоматотип. Телосложение гиперстеническое. Половое развитие Tanner V. Избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на груди, животе, бедрах. Гинекомастия. Кожные чистые, гипергидроз, розовые стрии боковых поверхностей груди и живота. Тоны сердца приглушены за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, ритмичные, органических шумов не выслушивается. ЧСС в клиностазе 80 в мин. АД на правой руке=АД на левой руке 140/90 мм.рт.ст. Пульс на a.femoralis определяется отчетливо, удовлетворительных свойств. Дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Клинический анализ крови – без патологии. Биохимический анализ крови: белок общий 70.0 г/л, мочевина 3.5 млмоль/литр, мочевая кислота 333.0 млмоль/литр (0 – 420), креатинин 72.0 мкмоль/литр (62 – 106), билирубин общий 5.8 мкмоль/литр, глюкоза 4.51 млмоль/л, холестерин 3.96 млмоль/л, АСТ 15.3 Ед/л, С-пептид 3.33 нг/мл (1,10 – 4,40), коэффициент атерогенности 2,5. Проба на толерантность к глюкозе: глюкоза натощак 4,1 ммоль\л, через час после нагрузки глюкозой - 8,2 ммоль\л, через 2 часа 5,9 ммоль\л. Анализ мочи – без патологических изменений. Суточная моча на белок - 113,4 мг/сут. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 71 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средненочное АД 113/67 (все показатели ниже 95 персентиля). Эхокардиография: без явных гемодинамических и структурных нарушений. ЭЭГ: легкие изменения биоэлектрической активности головного мозга с повышением активирующих влияний срединных лимбических структур. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано. УЗДГ сосудов головного мозга: трудности локации кровотока. Гемодинамически значимых нарушений не выявлено. При исследовании в бассейне каротид - по ОСА, ВСА, артериям виллизиева круга регистрируется магистральный, гиперкинетический кровоток без значимой асимметрии ЛСК. Признаки ангиодистонии с неустойчивой нормотонией, тенденцией к вазоконстрикторным реакциям в покое, с нормальными

		вазомоторными реакциями на нагрузки. Состояние вертебро-базиллярного бассейна — по позвоночным артериям ЛСК в пределах нормы. Венозных нарушений не выявлено. УЗИ почек: в пределах нормативных значений.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Артериальная гипертензия I степени, низкий риск. Ожирение III степени, смешанного генеза. ИМТ 32,96 (SDS=3,58). Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз обоснован частично
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный диагноз
	-	Верификация артериальной гипертензии обоснована уровнем артериального давления, превышающим 95 персентиль нормативов. Клинико-лабораторно-инструментальные данные позволяют говорить о I степени артериальной гипертензии, низком риске. Диагностика ожирения III степени основана на показателях индекса массы тела. Примечательно, что при таком ожирении факторы стратификации сердечно-сосудистого риска минимальны. Скорее всего, значительные подъемы АД являются кратковременными, редкими (отсутствие при СМАД за сутки обследования), обусловленными вегетативной дисфункцией с симпатоадреналовым компонентом.
2	-	Диагноз обоснован верно
1	-	Диагноз обоснован частично
0	-	Доказательства правильного диагноза не представлены
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Причина ожирения не верифицирована. Для исключения эндокринного генеза артериальной гипертензии, с учетом наличия у пациента ожирения с розовыми стриями, требуется оценка эндокринной оси гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников: уровень адренокортикотропного гормона и кортизола в сыворотке крови, свободного кортизола в суточной моче; проба с дексаметазоном; МРТ головного мозга и надпочечников. Оценка вегетативного компонента в появлении подъемов артериального давления предполагает проведение кардиоинтервалографии, оценки вегетативного статуса по Вейну Почечный генез артериальной гипертензии в настоящее время мало вероятен.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1	-	План дополнительного обследования неполный, либо составлен верно, однако без достаточного обоснования.
0	-	План дополнительного обследования полностью не обоснован

	4	Сформируйте план лечения данного пациента
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базисной терапии не требуется. Необходимо сформировать мотивацию на регулярный контроль уровня АД, снижение массы тела и повышение физической активности, здоровый образ жизни. Необходимо привлечение психолога и эндокринолога. Медикаментозная терапия должна быть направлена на коррекцию гипоталамической дисфункции: препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены.
2	-	Лечебная тактика правильно обоснована
1	-	Лечебная тактика обоснована частично
0	-	Лечебная тактика не обоснована
	5	Прогноз сердечно-сосудистого риска у данного пациента в последующие годы жизни и рекомендации по диспансерному наблюдению
	-	Большая масса тела при рождении, выраженная степень ожирения, отягощенная наследственность, низкая приверженность к рекомендациям врачей создает высокий риск формирования метаболического синдрома с развитием стабильной артериальной гипертензии и сосудистыми катастрофами. Ситуация будет усугубляться социальной дезадаптацией этого пациента в юношеском возрасте. Поддержка пациента должна предусматривать мотивацию на здоровый образ жизни, помощь психолога, регулярный контроль АД, липидов и глюкозы крови, ЭКГ и эхокардиографию.
2	-	Прогноз и тактика определены верно
1	-	Прогноз и тактика предусмотрены частично
0	-	Прогноз и тактика ведения данного пациента выбраны неверно
	-	17
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Подросток, 17 лет, поступил планово для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Кардиальных жалоб не предъявляет. Анамнез заболевания: с 14-летнего возраста пациент наблюдается кардиологом с диагнозом транзиторный феномен WPW. По данным ЭФИ - показаний для абляции ДПП нет. Допущен к занятиям спортом. Профессионально занимается футболом. Анамнез жизни: родился доношенным ребёнком. Рос и развивался по возрасту. Привит по графику. Травм не было. Эмоционально лабилен. Затруднено засыпание. Сон 6 часов. Высокая физическая и эмоциональная нагрузка.Втечение нескольких лет пациент без назначения врача постоянно закапывает в нос сосудосуживающиесредства- отривин (ксилометазолин). Оперативные вменшательства: в 4 года - аденотомия, в 13 лет - аппендэктомия. Аллергоанамнез: не отягощен. Рост 185 см (6-й центильный коридор), вес 89 кг (6-й центильный коридор). За последние 2 года длина тела увеличилась на 4 см, масса – на

		15 кг. Выраженный акрогипергидроз и общий гипергидроз, усиливающийся при осмотре. Зев рыхлый, застойно гиперемирован, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Область сердца не изменена. Границы сердца в норме. Патологической пульсации нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 80 в мин, органические шумы не выслушиваются. АД 140/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Живот мягкий безболезненный. Дизурии, отеков нет. В клиническом анализах крови, клиническом анализе мочи без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови: АСТ 16,6 ед/л, холестерин 5,3 ммоль/л, ЛПВП 1,08 ммоль/л, ЛПНП 4,72 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,9, глюкоза — 4,61 ммоль/л, мочевина 3,8 ммоль/л, белок 75 г/л, фосфор неорганический — 1,38 ммоль/л, калий 4,1 моль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций иониз 1,34 ммоль/л, кальций общ 2,43 ммоль/л, магний — 0,84 ммоль/л, щелочная фосфатаза 117,2 Ед/л ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту, на вдохе урежение ЧСС до 53 в мин. Выраженное отклонение электрической оси сердца влево. Манифестирующий феномен WPW. КИГ: регистрируется маловариабельный ритм, брадикардия с постоянным проведением по дополнительному пути. Феномен WPW в течение всего времени проведения пробы. Симпатические влияния в покое, реактивность на нагрузку обоих отделов ВНС повышена. Холтеровское мониторирование: Основной ритм — синусовый; в покое и во время сна — эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям и эктопического правопредсердного ритма. В течение всего времени наблюдения регистрировались признаки феномена WPW, минимальная выраженная дельта-волна отмечалась на фоне физической активности при тахикардии. Эпизодов патологической брадикардии, пароксизмальных нарушений ритма не зарегистрировано, патологических пауз не найдено. Стресс тест (тредмил): исходно стойкий синусовый ритм с постоянным проведением по ДПП. Субмаксимальная ЧСС достигнута. Весь период нагрузки сохраняется феномен WPW, но с существенным сужением комплекса QRS. Нарушений ритма, нестабильности сегмента ST не отмечалось. Весь восстановительный период сохранялся феномен WPW. Эхокардиография: без явных гемодинамических и структурных нарушений. ЭЭГ: легкие изменения биоэлектрической активности головного мозга с функциональной неустойчивостью регуляторных структур таламо-диэнцефального уровня на фоне нагрузок. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано. УЗДГ брахиоцефальных сосудов: Ангиодистония с тенденцией к вазоконстрикторным реакциям в покое, с нормальными вазомоторными реакциями на фоне нагрузки. Ветебро-базиллярный бассейн - без особенностей. Консультация отоларинголога: Вазомоторный ринит. Консультация невролога: Астено-невротический синдром.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз в соответствии с требования МКБ 10
	-	G90.9 Вегетативная дисфункцияпо смешанному типу, гипертензивный вариант. F 48.0 Неврастения (Астено-невротический синдром). Манифестирующий феномен WPW. Вазомоторный ринит.
	-	Диагноз сформулирован верно.

2		
1	-	Диагноз верный по сути (например, вегето-сосудистая дистония), не соответствует современным требованиям МКБ 10
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Наличие вегетативной дисфункции подтверждают данные КИГ – вегетативный дисбаланс, объективные признаки вегетативного раздражения - выраженный гипергидроз, отклонения в психоэмоциональном статусе – неврастения, УЗДГ брахиоцефальных сосудов - ангиодистония с тенденцией к вазоконстрикторным реакциям наличие провоцирующих факторов – высокая психоэмоциональная нагрузка. О гипертензивном варианте вегетативной дисфункции свидетельствует тенденция к повышению артериального давления. Манифестирующий тип феномена WPW установлен на основании диагностированных в анамнезе транзиторных ишемических атак в бассейне ПМА справа, регистрации феномена при инструментальном исследовании: ЭКГ, КИГ, холтеровское мониторирование и при тредмил-тесте (максимальной нагрузке), что свидетельствует о высокой проводящей способности дополнительных путей проведения. При этом структурных изменений сердца не выявлено.
2	-	Диагноз обоснован верно
1	-	Диагноз обоснован частично
0	-	Основной диагноз обоснован полностью неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Проведение повторной консультации аритмолога для решения вопроса о целесообразности РЧА. Проведение СМАД для определения характера артериальной гипертензии. Консультация эндокринолога для уточнения генеза значительной прибавки массы тела за короткое время. Стратификация риска артериальной гипертензии, оценка степени тяжести артериальной гипертензии: оценка состояния глазного дна, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография Консультация психолога для выявления и коррекции возможных психотравмирующих факторов в ближайшем окружении пациента (семья, школа, референтная группа)
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью и обоснован
1	-	План дополнительного обследования: неполный, избыточный, без необходимого обоснования
0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
	4	Дайте обоснованные рекомендации пациенту по образу жизни, питанию, физической активности
	-	Мотивация на здоровый образ жизни: сон 8-9 часов, работа с компьютером до 1 час в день, профилактика гипокинезии.

		Работа с психологом по адаптации к психотравмирующим факторам ближайшего окружения подростка, достижению психологического комфорта. Пищевой рацион должен быть направлен на коррекцию дислипидемии. Ограничений к занятиям спортом с учетом данных ЭФИ нет. Регулярный контроль АД
2	-	Рекомендации правильные, в полном объеме и грамотно обоснованы
1	-	Рекомендации даны частично или не обоснованы.
0	-	Рекомендации не окажут желаемого эффекта
	5	Обоснуйте необходимую медикаментозную терапию. Требуется ли замена альфа-адреномиметикаксилометазолина на другой препарат?
	-	Назначение антиаритмических препаратов в качестве базового лечения не требуется. Терапия должна быть нацелена на коррекцию вегетативной дисфункции: препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены. Одним из противопоказаний к назначению ксилометазолина служит артериальная гипертензия. Требует уточнения возможное влияние препарата на течение синдрома WPW. Целесообразно антиконгестантотривин заменить на препарат другой фармакологической группы.
2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	18
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Участковый врач проводит первичный патронаж к мальчику 1 мес. 15 дней. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности,(1-я м. Матери 27 лет. Во время беременности в 8 и 16недель была угроза прерывания, дважды переболела ОРВИ. Роды в 36 недели гестации, путем кесарева сечения. Оценка по Ангар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 1800, длина 43 см. К груди приложен на 2 сутки, сосал вяло, срыгивал, получал молочную смесь для недоношенных. Осмотр неврологом: Отмечалась невротическая симптоматика. Не вакцинирован. Масса тела при выписке 2200,0 рост 44 см. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, активный. Удерживает головку в вертикальном положении, прислушивается к голосу, фиксирует взгляд. Имеется мышечный гипертонус верхних и нижних

		конечностей, сухожильные рефлексы высокие. Рефлексы физиологические : ползание по Бауэру, автоматической ходьбы снижены. Рефлексы Бабкина и Робинсона положительные. Большой родничок 3х3 см, не выбухивает. Над легкими при перкуссии звук легочный, везде одинаковый. Дыхание при аускультации выслушивается пуэрильное, хрипов нет. ЧД 38 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 140 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера 5 раз в день, кашицеобразный, желтый, с кисломолочным запахом. Мочеиспускание безболезненное до 20 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета. Находится на искусственном вскармливании. Получает смесь Nan 1
	1	Сформулируйте заключение оценки здоровья ребенка.
	-	Недоношенный ребенок с низкой массой тела и роста, не несоответствующий сроку гестации, 36 недель беременности(1 степень недоношенности). Перинатальное поражение ЦНС, ранний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Группа здоровья IIБ. Группы риска I, II, II1. Не исключена возможность внутриутробного инфицирования.
2	-	Антрометрические показатели не соответствуют сроку гестации, физическое развитие ниже среднего, гармоничное, частота ЧСС 140 , ЧД-38, кратность мочеиспускания и стула по возрасту. Нервно-психическое развитие несколько страдает из-за перенесенной ПЭП, сохраняется гипертонус верхних и нижних конечностей, имеется гипертонус мышц шеи(ребенок в 1,5 мес не должен держать голову). Эмоциональное развитие соответствует 1 мес. Имеется отклонение в двигательной сфере.
1	-	Ребенок недоношенный. ПЭП Группа здоровья II.
0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
	2	Соответствуют ли антропометрические показатели гестационному возрасту ребенка?
Э	-	Весо-ростовые показатели ребенка при рождении не соответствуют 36 неделе беременности.
2	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
1	-	Не указан один фактор риска.

0	-	Фактор риска указан неверно.
	3	Какие этапы выхаживания недоношенных детей вам известны? Как должен наблюдаться недоношенный ребенок в детской поликлинике?
	-	Два этапа недоношенных детей. Первый этап – в родильном доме. Второй этап - ребенок выписывается в поликлинику. При возможной стабилизации всех функций органов и систем. Наличие самостоятельного сосания, массы тела 2200,0 – 2500,0, отсутствие заболеваний, достаточного роста гемоглобина в крови. Первичный патронаж недоношенного ребенка осуществляется врачом-педиатром совместно с заведующим отделением – в первый день поступления на участок. Динамические - последующие дни с осмотром неонатологом , неврологом на дому. Далее педиатр осматривает ребенка на дому один-два раза в неделю, в первые 3 -4 месяца и в эпидемический период – только на дому. Явка в детскую поликлинику с 4 до 12 месяцев один-два раза в месяц.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие советы по питанию дать матери ребенка. Составьте меню-раскладку на 1 день.
	-	Показана адаптированная молочная смесь, предназначенная для недоношенных детей в первые 6 месяцев пре-NAN , далее при хороших прибавках массы тела перевод на последующие молочные смеси формулы 2. Расчеты. Объемные метод:1/5 от массы равно 2400 х 1/5 = 480 мл. в сутки. Частота кормлений 6 раз через 3,5 часа, разовый объем 80 мл. Потребность ребенка в белках 2,5 гр. на кг. (6 грамм в сутки), в жирах 6,5 гр/кг. (15,6 гр. В сутки) в углеводах 13 гр/кг. (31,2 гр в сутки), 115 ккал на килограмм массы (176 ккал в сутки). Меню-раскладка на один день: в 6-00 час., в 9-30, в 13-00, в 16-30, в 20-00, 23-30 – молочная смесь преNAN по 80 мл. Обязательная профилактика рахита коликальцеферолом)витамин Д3) в дозе 1000МЕ.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный .
	-	Ответ дан неверно

0		
	5	Какие профилактические прививки будут выполнены у данного ребенка до 1 года
	-	В 1,5 месяца первая вакцинация против вирусного гепатита В, через день – БЦЖ – М ; В 2.5 мес.- первая вакцинация от пневмококковой инфекции, вторая вакцинация против вирусного гепатита В; В 3,5 мес. Первая вакцинация от коклюша, дифтерита, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции; В 5 мес. Вторая вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции и пневмококковой инфекции; В 6 мес. Третья вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции, Третья вакцинация от гепатита В,; В 12 мес. Вакцинация от кори, краснухи, эпидемического паротита.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	19
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	При профилактическом осмотре жалобы матери на беспокойство ребенка, залысину и потливость(влажный след на подушке после сна).Ребенку 3 мес., мальчик. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, без патологии, родился в ноябре с массой 3600,0 и ростом 53 см., оценен по шкале Апгар 8-9 баллов. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Находится на грудном вскармливании Сон беспокойный ночью просыпается несколько раз Днем спит лучше.. В три месяца произведен анализ крови: гемоглобин – 108 гр/л., эритроциты – 3800 /л. В 1.5 мес. Перенес ОРВИ, лечился дома, купание и прогулки прерывались на 2 недели. В 3 мес. Рост 65 см, масса 5600,0. Мальчик хорошо удерживает головку в вертикальном положении улыбается на ласковое обращение, Объективно: состояние близко к удовлетворительному. Бледный, кожа влажная, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно, мышечная гипотония. Голова скошена, уплощена с правой стороны, залысина затылка, большой родничок 1,5х1.5 Края родничка податливые, . Дыхание

		в легких пуэрильное, при аускультации. При перкуссии перкуторный тон легочной. Границы сердца при перкуссии не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, частотой 132 уд/мин. Живот несколько увеличен, гипотоничен. Печень +1,5 см. ниже края реберной дуги. край ровный, эластичный. Стул кашицеобразный без патологических примесей 4-5 раз за сутки. Диурез в норме.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие причины развития данного состояния.
	-	Основной диагноз : витамин Д-дефицитный рахит I степени, острое течение , период разгара, средней степени тяжести – на основании синдрома остеомаляции: скошенность головы, податливости краев родничка и черепных швов, : мышечная гипотония, имеется нарушения функции вегетативной нервной системы: беспокойство, повышенная потливость, залысина в затылочной области. Сопутствующий диагноз: дефицитная анемия I степени тяжести нормохромная. На основании наличия бледности, снижения гемоглобина крови, эритроцитов. Цветовой показатель 0,9. Причины развития рахита – рождение ребенка поздней осенью, (данные о применении витамина Д отсутствуют) недавно перенесенное ОРВИ, в результате чего наблюдалось нарушение режима – прерывание купания и прогулок, а также двигательных нагрузок.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка
	-	Физическое развитие – среднее, (50-75 перц.),нервно-психическое развитие соответствует возрасту 3 мес .Эмоциональное развитие – также 3 мес.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза
	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать общий анализ

		крови с полной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением кальция, фосфора, активносиь щелочной фосфатазы, сывороточного железа, железосвязывающей способности крови, ферритина.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте медикаментозное лечение
	-	Медикаментозное лечение витамином Д (холекальциферол) по 2000МЕ (по 4 капли один раз в день в течении 4 недель.) Далее переходить на профилактическую дозу 500 МЕ (1 капля в течение 2 лет). На 3 году жизни принимать по 500 МЕ ежедневно в течение 1 мес. Препараты железа – , актиферрин (8 капель 1 раз в день 1.5-2мес)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Проведите коррекцию питания.
	-	Ребенок в возрасте 3х мес. должен получать грудное молоко Матери стимулировать лактацию. При отсутствии лактации адаптированная смесь NAN-1 Первый прикорм стараться ввести 5 мес – овощной.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	20
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 10 лет предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия.изжогу .появляющуюся после приема пищи отрыжку воздухом. Тошноту. Анамнез заболевания- жалобы на боли в животе беспокоят мальчика в течении2х лет . Не обследовался лечение не проводилось. У матери гастрит. У отца язвенная болезнь ДПК.Объективно- состояние

		средней тяжести. Бледный кожные покровы сухие на локтях и коленях гиперкератоз. Язык обложен белым налетом. В полости рта есть кариозные зубы.Над легкими перкуторный тон легочной. Дыхание при аускультации везикулярное. Границы сердца при перкуссии нене расширены. Живот вздут при поверхностной и глубокой пальпации выявлена болезненность в эпигастрии и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы – Мерфи и Кера положительны.. Сигмовидная кишка не спазмирована Стул регулярный 1раз в сутки оформленный. Диурез не нарушен. Общий анализ крови- эритроциты 45000000 л. Гемоглобин 132г.л лейкоциты-7300л п.я.-3процента нейтрофилов 47 эозинофилов-4 лимф.-38 моноцито-8 Соэ -5мм.ч. Общий анализ мочи- цвет светло желтый. Уд. вес1015 реакция кислая. Лейкоциты-3-5 в п.зр.ФГДС-слизистая пишевода гиперемирована в нижней трети пищевода выявлена линейная эрозия. Кардия смыкается не полностью. При срыгивании воздуха заброс желчи в пищевод. В желудке не большое количество жидкости окрашенной желчью.Слизистая желудка гиперемирована в фундальном и антральном отделах. В антральном отделе на отечной складке у привратника 3 острых точечных эрозии размерами0.3-04 см. Слизистая луковицы ДПК-гиперемирована и отечная. Слизистая постбульбарного отдела не изменена. Хелпил тест положителен. На УЗИ-желчный пузырь с перегибом в области тела.
	1	Сформулируйте диагноз. Оссновной и сопутствующий.
	-	Гастроэзофагеально рефлюксная болезнь Рефлюкс –эзофагит11Вст средне степени тяжести .Эрозивный антральный гастрит Период обострения. .Недостаточность кардии Дискинезия желчного пузыря. Перегиб желчного пузыря в области тела. Диагноз поставлен на основании болевого синдрома болезненность в области эпигастрия и в пилородуденальной области жалоб на изжогу отрыжку воздухом. Клинических симптомов- болезненность в области эпигастрия и в пилородуоденальной зоне. Диагноз подтвержден данными ФГДС. Выявлены 3 острых эрозии в антральном отделе гиперемия слизистой в пищеводе и в фундальном и антральном отделах желудка недостаточносткардидии. Заброс желчи при срыгивании воздуха в пищевод и наличие ее в фундальном отделе желудка. Сопутствующий диагноз - Дискинезия желчевыводящих путей – на основании положительных пузырных с. Мерфи и Кера. Данных УЗИ-перегиб в области тела желчного пузыря.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез основного заболевания
	-	Наследственность отягощена. У матери гастрит у отца язвенная болезнь 12ПК. Развитие гастроэзофагеальнорефлюксной болезни связано с увеличением времени расслабления нижнего пищеводного сфинктра и забросом содержимого желудка в пищевод. Поражение слизистой желудка возникает вследствие нарушения равновесия между факторами агрессии и защитными.. Этиология хеликобактерная. В патогенезе заболевания имеет большое значение наследственный кислотно пептический фактор В качестве клиренс пищевода- своевременная эвакуция желудочного содержимого.агрессивных факторов выступает соляная кислота желчные

		кислоты лизолецитин панкреатические ферменты при наличиидуоденогастральногорефлюкса..В качестве протективных факторов-физиологические антирефлюксные механизмы .резистентность слизистой оболочки пищевода
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Опишите алгоритм диагностики заболевания.
	-	Обязательные методы обследования суточное Рн мониторирование пищевода и желудка определение степени выраженности рефлюкса. Выявление провоцирующих моментов и подбор адекватной терапии. Гистологическое исследование слизистой оболочки пищевода.Контрастное рентгенологическое обследование верхних отделов ЖКТ.- при подозрении на скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы..Назначаемые дополнительные методы интраэзофагеальнаяимпедансометрия. Определение функции внешнего дыхания. УЗИ пищевода. ЭКГ консультация кардиолога ЛОРврача стоматолога.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте больному диету.. Какие рекомендации еще следует дать больному с гастроэзофагеальнорефлюксной болезнью.
	-	Диета первого В стола .В диете уменьшить содание жира . сливки жирная рыба мясо утка баранина торты. Жиры способствуют снижениюнижнего пищеводного сфинктра.Необходимо повысить содержание белка что улучшает работу нижнего пищеводного сфинктра уменьшить объем пищи так как этот снижает частоту рефлюксов. Прием пищи меньшим объемом но более часто 5-6 раз сутки. Необходимы рекомендации по изменению стиля жизни- сон с приподнятым на15см головным концом кровати.-Уменьшает продолжительность закислениепищевода.Не есть перед сном . Не лежать после еды.Избегать глубоких наклонов не носить тугие пояса.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение.
	-	Следует провести антихеликобактерную эракадикационную терапию. включающую антисекреторные препараты- ингибитор протонной помпы—париет 10мг 2р вдень-10 дней. Антибиотик-амоксиклав 250мг -2 раза в день 10 дней гевискон по5мг 3 раза вдень после еды 3 недели. И прокинетик- мотилиум 10мг-3 раза вдень за 15 минут до еды. в течении3х

		недель.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	21
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 6 лет. Последние три недели отмечается слабость, утомляемость, тянущие боли в области пупка, эпизодически жидкий стул. Снижение аппетита, урчание в животе. Анамнез жизни: от первой беременности, первых срочных родах, масса тела при рождении 3600. Длина 53 см. находился на грудном вскармливании до года. Прикормы вводились по возрасту, аппетит был хорошим, физическое развитие и нервно-психическое соответствовало возрасту. Перенесенные заболевания : ОРВИ, бронхит, ветряная оспа. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура норм. 36,5. Масса тела 22 кг. Рост 115 см. Со стороны кожных покровов отмечается легкое покраснение щек, фолликулярно-точечный кератоз, гиперпигментация вокруг пупка и белой линии живота. Лимфатические узлы не увеличены, ЧД 20/мин., в легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 102/мин., язык обложен белым налетом, живот при осмотре умеренно вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилори-дуоденальной области. При глубокой пальпации урчание по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул неустойчивый, эпизодически жидкий без патологических примесей, диурез нормальный. Общий анализ крови: эритроцитов ;4000000, гемоглобин 122 гр./л., лейкоциты 7000 гр./д., нейтрофилов 44%, эозинофилов 8%, лимфоцитов 42%, моноцитов 6%, СОЭ 5мм./час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд. Вес 1018, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Бактериологические посевы кала отрицательные. Патогенной флоры и условно патогенной флоры не выявлено. В анализе кала обнаружены лямбли.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Лямблиоз, типичная интестинальная форма, средней степени тяжести, период клинических проявлений. Диагноз поставлен на основании клинических признаков : синдром интоксикации(слабость, утомляемость, снижение аппетита), поражение ЖКТ (налет на языке, боли в животе, метеоризм, тошнота, жидкий стул); дермато диагностики (легкая гиперемия щёк, пигментация вокруг пупка и белой линии живота, фолликулярный точечный кератоз). Лабораторных исследований: эозинофилия в общем анализе крови. Обнаружение в кале цист лямблий.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие методы диагностики можно назначить больному

	-	Методы диагностики: обнаружение вегетативных форм лямблий в дуоденальном содержимом; обнаружение антигена лямблий в кале, в биоптатах 12-перстной кишки с помощью иммуно-ферментного анализа; диагностика методом полимеразной цепной реакции, копрофильтрата на лямблии, антител к лямблиям класса IgG, IgM в крови, копрограмма.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальную диагностику
	-	Дифференциальная диагностика проводится с острыми кишечными инфекциями и гельминтозами. Для острой кишечной инфекции характерно повышение температуры, развитие нередко токсикоза или эксикоза, жидкий стул с патологическими примесями (слизь, кровь, зелень), воспалительные изменения в общем анализе крови, в копрограмме повышение лейкоцитов, в бактериологических посевах кала – высев патогенной или условно патогенной флоры. При гельминтозах учитываются результаты копроскопического исследования (яйца глистов не обнаружены или обнаружены).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте лечение больному
	-	Диетотерапия, ограничить простые углеводы (сахара, кондитерские изделия, конфеты. Включить в рацион бруснику, клюкву, овощи, растительное масло и антипаразитарные препараты в течение 7-10 дней. Хофитол, симптоматическая терапия при болях в животе – спазмолитик - бускопан.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Когда проводится контроль эффективности лечения и каковы критерии.
	-	Контроль эффективности проводится через 5-6 дней после окончания терапии. Критерий эффективности – три отрицательных результата копроскопического исследования в 2-3 дня.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	22
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 11 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе натощак(голодные боли) с локализацией в эпигастрии. Такие боли появляются в утренние часы натощак или ночью. Купируются приемом пищи; бывает от -рыжка кислым. Стул с наклонностью к запорам, через два дня на третий, чередуется с нормальным. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе, беспокоят девочку в течение одного года. Мать девочки страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез у девочки ьез патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается хореографией 3 раза в неделю. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 148 см, Масса 34 кг. Кожа бледнорозовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное, тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота мышечный дефанс и боль в эпигастрии и пиелодуоденальной области. Болезненность в точке Мейо-Ропсона . Печень не увеличена. Стул был вчера, оформленный, 1 раз в день, диурез не нарушен. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный, уд. Вес 1015, реакция кислая, белок, сахар не обнаружены, лейкоциты 2-3 в поле зрения, ацетон не обнаружен. Общий анализ крови: эритроцитов 45000000 гр./л., гемоглобин 128 гр./л., лейкоциты 7300 /л., палочка ядерные нейтрофилы 3%, нейтрофилы 51%, эозинофилы 3%, лимфоцитов 36%, моноцитов 7%, СОЭ – 5 мм./час. Биохимический анализ крови: общий белок 75гр./л., АЛТ – 32ед./л., АСТ – 38 ед./л., щелочная фосфотаза 140 ед./л., амилаза 100 ед/л. Тимоловая проба 3 ед. Общий билирубин 18 ммоль./л. ФГДС – слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью, в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антральном отделе на стенках множественные зернистые элементы. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х 0,6 см., округлой формы, гиперемированный, округлой формы, окруженный валиком, дно покрыто фибрином. Хелпил тест резко положительный
	1	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
	-	Основной диагноз – язвенная болезнь луковицы ДПК, впервые выявленная , стадия обострения, ассоциированная с хелико-бактерной инфекцией. Сопутствующие диагнозы: хронический антральный гастрит, период обострения. Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с катаральным эзофагитом. Язвенная болезнь 12-перстной кишки поставлена с учетом семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца), что может указывать на персистенцию хеликобактерной инфекции в семье и на жалобы девочки на боли в животе , имеющих характерный Мойнингановский ритм (голод- боль, пища-уменьшение болей), локализацию болей в пиелодуоденальной области, наличие небольшого мышечного дефанса и болезненности при пальпации. Язвенная болезнь 12-перстной кишки подтверждается данными ФГДС (язвенный дефект на задней стенке луковицы 12-перстной кишки размером 0 .8х0 .6 см., округлой формы, окруженной валиком. Положительные результаты на хеликобактерную инфекцию, хронический гастрит на основании наличия болевого синдрома и данных ФГДС
2	-	Дан полный ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания
	-	Язвенная болезнь ДПК-полиэтиологическое заболевание обусловлено нарушением регулирующих систем организма и имеющее наследственные детерминанты с развитием язвенного дефекта вследствие дисбаланса между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки дуоденальной области. Кагрессивным факторам относится кислотно пептический инфекция хеликобактером нарушение гастродуденальной моторики детергентное действие желчных кислот некоторые лекарственные препараты нестероидные противовоспалительные аспирин. Факторы защиты –слизь достаточное кровоснабжение выработка бикарбонатных ионов и активная регенерация поврежденной слизистой оболочки. Решающая роль отводися агрессивным факторам прежде всего ацидопептическому фактору и инфекционному что определяет основное направление терапии.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан не полный.
0	-	Ответ дан не верно.
	3	Укажите основные признаки хеликобактерной инфекции.
	-	При эндоскопическом исследовании –наличие язвенного дефекта. ДПК. . Множественные гипертрофические элементы по зернистому типу в антральном отделе желудка Гиперемия слизистой пищевода фундального и антрального отделов желудка наличие мутной жидкости в просвете желудка.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Опишите основны принципы лечения.
	-	Вусловиях стационара режим палатный. Диета етом принципов химического термического и механического щажения. По Певзнеру 1 Б затем 1В стол. Рекомендуется эрадикационная терапия включающая ингибитор протонной помпы париет -10 дне Вкачестве антибактериальных препаратов- амоксицллин и кларитромицин в возрастных дозах.10 дней Денол -3 недели. Пробиотик – энтерол 3 недели. Наличие рефлюксов требует и назначение прокинетиков- мотилиум.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Каковы дальнейшее наблюдение и реабилетация.
	-	После выписки из стационара диспансеризация и реабилитация проводится амбулаторно в пликлинических условиях4- ГРУППА УЧЕТА .Вначале ежемесчный осмотр педиатром гастроэнтерологом Контроль

		ФГСД..Витаминотерапия. Физиотерапевтическое лечение. Противорецидивное лечение в осеннее-зимний и весенний период времени.Санаторно-курортное лечение не раннее чем 3 месяца после стационарного.. При отсутствии рецидивов снятие с учета через 5 лет.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	23
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 10 лет обратился к участковому педиатру с жалобами тошноту боли в животе головокружение слабость отмечающие в течении месяца. Со слов мамы мальчика у ребенка отмечалось повышение аппетита без положительной прибавки веса тела запоры сменявшиеся диареей.Объективно состояние ближе к удовлетворительному .Кожные покровы бледно- розовые чистые. Масса тела-30кг. Рост-140см.Лимфатические узлы не увеличены. Слизистые оболочки полости рта чистые. Носовое дыхание ослаблено. ЧД-30 в минуту. При сравнительной перкуссии легких ясный легочный звук. При аускультации дыхании в легких везикулярное. Границы относительной сердесной тупости соответствуют возрасту тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС-85 В МИНУТУ. Живот мягкий округлой формы равномерно участвуют в дыхании безболезненный урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови – гемоглобин 118г/л эритроциты-3800000/л лецйкоциты- 60000/л п.я-2% нейтрофилы-60.% лимфоциты23% эоз-11% моноциты4% СОЭ -5мм.ч. Общий анализ мочи- цвет соломенножелтый уд. вес-1020 белок-отр. Лейкоциты 1-2 вп.зр. Копрограмма- стул плотный- цвет-коричневый мышечные волокна измененные++ жирные кислоты+ Лейкоциты1-3-5 в поле зрения слизь+ Биохимический анализ крови общий белок-75г/л глюкоза 4.5ммоль/л билирубин 15мкмоль/л прямой-3мкмоль/л непрямой-12мкмоль/л АЛТ-35ЕД АСТ-30ЕД.ЩФ-180 ЕД. Кал на гельминты- обнаружены яйца-Taeniarhynchussanginatus/
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	-	Тениаринхоз. Диагноз установлен на основании жалоб на тошноту боли вживоте головокружение слабость снижение веса. Анамнеза-длительность заболевания в течении месяца. Объективных данных представленных болевым синдромом –(живот болезненный при пальпации) синдромом кишечной диспепсии (нарушение дефекации запоры сменяющиеся диареей метеоризм урчание по ходу кишечника. Диагноз подтвержден лабораторными данным -обнаружены яйца бычьего цепня.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
	-	Ответ дан неверно

0		
	2	Объясните механизм заражения.
	-	Механизм заражения из организма человека выходят зрелые проглоттиды отрывающиеся от тела червя –стробилы Попав вместе скалом во внешнюю среду пролоттиды некоторое время ползают по почве рассеивая яйца в которых уже имеются инвазивные личинки. Яйца могут быть проглочены крупным рогатым скотом. В кишечнике коров из яиц выходят шестикрючные личинки онкосферы которые пробуравливают стенку кишки и стоком крови и лимфы разносятся по всему организму в том числе и в мышцы где превращаются в финны типа цистицерков . Для продолжения жизненного цикла необходимо чтобы зараженное мясо съело хищное животное или человек. В кишечникечеловека или животного финны высвобождаются из мяса. Головки их выворачиваются. Оставшийся на конце тела пузырь финны отваливается Головка с шейкой начинает усиленно расти продуцирруя все новые и новые проглоттиды.Червь увеличивается в размерах зрелые проглоттиды набитые яйцами постепенно отрываются и выводятся с каловыми массами во внешнюю среду.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальный диагноз
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с другими гельминтами с кишечными инфекиями дисфункциями ЖКТ. Необходимы посевы кала на кишечную группу патогенную и условнопатогенную флору.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Оцените общие анализы крови мочи копрограмму биохимический анализ крови
	-	В общем анализе крови умеренная эозинофилия В общем анализе мочи патологии нет. В биохимическом анализе крови все показатели в пределах нормы Копрограмма с признаками умеренного нарушения полостного пищеварения в виде синдрома нарушенного желчеотделения и и энтерального синдрома. В кале обнаружены яйца бычьего цепня.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Определите план лечения и профилактику при данном заболевании.
	-	Противогельминтная терапия Niclosamidi 0.25 принять 6 таблеток натощак перед приемом препарата надо выпить 2% раствор соды (2г соды растворенной в 100мл воды .Через 2ч.после приема препарата выпить стакан сладкого чая с печеньем.)

	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	24
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик13 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в подложечной области. Накануне была рвота в виде кофейной гущи.Затем боли уменьшились но появились слабость сердцебиение шум в ушах. При осмотре в приемном отделении выявлены следующие признаки-бледность кожных покровов Р- 110уд .мин слабого наполнения тоны сердца приглушены ритмичные дыхание в легких везикулярное АД-90/60ммртст.При пальпации живота определяется напряжение мышц в эпигастральной области болезненность в пилородуоденальной . Симптом Менделя положителен. Стул оформленный диурез в норм е. Сделан клинический анализ крови – Hb-86 2г.л Эр-3600000 Лейкоциты-5600 3 пя-3 ся50 эозинофилы-4 лимфоциты-37 моноциты-6 Ретикулоциты 25 промили СОЭ11мм.ч Анализ мочи в норме ФГДС- Гиперемия слизистой фундального и антрального отделов желудка и 12ПК На латеральной стенке 12ПК язвенный дефект размерами 08 –09 Кровотечения нет. Кал на реакцию Грегерсена- положителен хелпил –тест положителен.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Диагноз язвенная болезнь осложненная кровотечением
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените анализы ребенка.
	-	В клиническом анализе крови анемия гипохромная регенераторная
		В анамнезе рвота кофейной гущи ЦП-07 реакция Грегерсена положительная также свидетельствует о кровотечении. На ФГДС-обнаружен язвенный дефект
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте план лечения
	-	Диета 1-А стола термически химически и механически щадящий 5-7 дней затем1В. Язвенный дефект -хеликобактерной этиологии. П-оэтому должна быть проведена Эрадикационная 4 компонентна я антихеликобактерная терапия включающая антибиотик амоксиклавмакмирор блокатор Н-2 гистаминорецептеров-фамотидин -10

		дней денол на3 недели с последущим переходом на гастропртекторы. – карбеноксилонаэвит
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план диагностических исследований.
	-	Общий анализ крови и мочи биохимический анализ крови УЗИ органов брюшной полости ФГДС копрограмма кал на посев хелпил тест.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план дальнейшего наблюдения
	-	п осле выписки и з стационара ребенок должен наблюдаться гастроэнтерологом и педиатром контроль ФГДС .2раза вгод в осенне-зимне- весенний период. Противорецидивное курсы лечения. Снятие с учета- если в течении5 летне было обострений.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	25
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на появление легкой желтухи после соревнований.) Мальчик занимается легкой атлетикой). Состояние ближе к удовлетворительному. Масса тела 56 кг. Рост 160 см. Кожные покровы и слизистые с легкой субиктеричностью, склеры также субиктеричны. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень +1 см. из-под края реберной дуги. Край эластичный, симптом Ортнера слабо положительный, симптом Мерфи отрицательный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, обычного цвета, консистенция – оформленный. Диурез не нарушен. Моча обычного цвета. Общий анализ крови: эритроциты 3800000, гемоглобин 800 гр./л., лейкоциты 4500 , палочкоядерных 3%. Нейтрофилов 48%, эозинофилов 2%, лимфоцитов 39%, моноцитов 8%, СОЭ 5мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жёлтый, прозрачная, уд.вес 1015, реакция кислая, белок, сахар, ацетон, билирубин не обнаружены. Лейкоциты 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 68 гр/л, АЛТ – 38ед., АСТ – 40 ед. амилаза – 38 ед., билирубин общий – 68 ммоль/д., из них непрямой 48 ммоль/л., прямой – 20 ммоль/л.Щелочная фосфотаза 340 ед. УЗИ органов

		брюшной полости – печень увеличена в размерах, паренхима печени неоднородная, сосудистый рисунок усилен, портальная вена – диаметр не увеличен. Желчный пузырь обычных размеров, стенка 3 мм. Содержимое однородно, сократительная способность снижена. Поджелудочная железа с ровными контурами, сосудистый рисунок не изменен, не увеличена.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Основной диагноз – синдром Жильбера. (пигментный гепатоз). Установлен по жалобам на иктеричность склер после физической нагрузки, легкий дискомфорт в правом подреберье, умеренное повышение уровня общего билирубина в биохимическом анализе крови за счет непрямой фракции, при нормальных показателях печеночных ферментов. Отсутствие признаков гемолиза и изменений в общем анализе крови. Сопутствующая патология – дискинезия желчного пузыря по гипокинетическому типу. Можно заподозрить ее учитывая слабо положительный симптом Ортнера, увеличение печени, повышение активности щелочной фосфатазы.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания
	-	Наследственные нарушения обмена билирубина характеризуется снижением уровня глюкоронилтрансферазы, недостаточностью глюкоронирования билирубина (обязательный этап для поступления билирубина в желчевыводящие пути). Это способствует развитию доброкачественной гипербилирубинемии за счет увеличения непрямой фракции.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие дополнительные обследования необходимо провести для подтверждения диагноза
	-	Развернутый анализ крови, с определением уровня ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, оценкой осмотической резистентности для исключения гемолитической анемии; серологический анализ крови на маркеры вирусных гепатитов; УЗИ, МРТ, для оценки структуры особенности печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Генетическая диагностика – выявление мутаций в промотерной области гена, кодирующего фермент глюкоронилтрансферазы.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Перечислите заболевания, с которыми проводят дифференциальный диагноз

	-	Вирусные гепатиты (для них характерны признаки инфекционного процесса, наличие синдрома цитолиза), гемолитические анемии(отсутствуют клинические и лабораторные признаки анемии и гемолиза).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение данному больному, включая диетотерапию.
	-	Охранительный режим. Избегать голодания и диет для похудания, длительные перерывы в приеме пищи. Стол по Певзнеру № 5, регулярное, сбалансированное, витаминизированное. Калорийность должна соответствовать возрастным потребностям. Ограничить прием глюкокортикоидов, сульфаниламидов, салицилатов, диакарба, ментола.Фенобарбитал в возрастной дозировке используется только в случае высокого подъема билирубина - выше 5 норм и более. При меньшем уровне подъема билирубина – валокардин из расчета 1 капля на год жизни. Применяются препараты уродезоксихолиевой кислоты (урсофальк, урсосан, урдокса из расчета 10-15 мг. На кг. В сутки)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	26
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 2 г. 8 мес. Поступила в неврологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожи, уменьшение мочевыделения. Анамнез заболевания : неделю назад у девочки поднималась температура до 40 градусов. До прихода участкового педиатра мать дважды давала ребенку ацетилсалициловую кислоту. Через 1 день температура снизилась, появился кашицеобразный стул, до 3 раз в день. Был назначен ампициллин внутрь. Два дня назад заметили, что девочка стала вялой, побледнела, накануне отмечалась многократная рвота, снизилось отделение мочи. Машиной скорой помощи доставлена в стационар с предварительным диагнозом «острая почечная недостаточность». Объективно: состояние крайне тяжелое, ребенок вялый за счет интоксикации. Ребенок в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Цвет кожных покровов резко бледный, с восковидным оттенком, слегка желтушный, с небольшим количеством мелких свежих синячков на конечностях и туловище. Склер иктеричны. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, припальпации безболезненные. ЧД 26 в мин. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС 120 в мин., артериальное давление 126/80 мм/рт/ст Печень +3 см. из-под края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Общий анализ крови: эритроциты – 1400000, тромбоциты – 65000 л., гемоглобин –138 гр/л., лейкоцитов – 600000000,ретикулоцитов – 15 промилле, есть промиелоциты -2%, миелоциты -1%, тромбоциты –

		110000000, ионные нейтрофилы – 3 %, палочкоядерных – 7%, нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 18%, моноциты -5%, СОЭ 42%.Общий анализ мочи: красноватого цвета, уд. Вес – мало мочи, белок – 1,165%, глюкозы нет, уробилиноген - ++, эпителиальные клетки – 3-4-5 в поле зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, цилиндры восковидные, 1-2 в поле зрения гиалиновые 3-4 в поле зрения.Биохимический анализ крови : общий белок 61 гр/л., билирубин непрямой, 30 ммоль/л., прямой – 15 ммоль/л., мочевина 36 ммоль/л., креатинин 526 ммоль/л., холестерин – 3.6 ммоль/л., калий 6,5 ммоль/л., натрий 145 ммоль/л,, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л., АСТ – 25 ед., АЛТ -35 ед.
	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
	-	Гемолитико-уремический синдром. Это острое повреждение почек по RifleIV-V степени тяжести, острая почечная недостаточность, стадия олигоанурии. Можно также подумать о синдромеРэя, острой почечной недостаточности. Выделяют две формы типичного гемолитико-уремического состояния – легкую и тяжелую. Критерием тяжелой формы является наличие анурии. Каждая из форм подразделяется на тип А и Б. Критерием типа является наличие осложнений в виде артериальной гипертензии и судорожного синдрома. В основе синдрома лежит тромботическая микроангиопатия. Ведущая к утрате тромборезистентности, активации тромбоцитов, с образование тромбов в микроциркуляторном русле, преимущественно почек, механическим повреждением эритроцитов в результате контакта с многочисленными тромбами.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие клинические симптомы подтверждают ваши предположения
	-	Связь заболевания с инфекционным фактором, наличие триады симптомов: острая почечная недостаточность, гемолитическая анемия(нормохромная, гиперрегенераторная анемия в тяжелой степени и тромбоцитопения, а также выраженных итзменений в общем анализе мочи, красный цвет мочи, протеино-, гемато-, цилиндро-, лейкоцитурия, уробилиногенурия, гиперазотемия), значительное увеличение мочевины, креатинина, билирубина за счет непрямой фракции, обнаружение свободного гемоглобина, гиперкалиемия позволяют диагностировать гемолитико-уремический синдром инфекционного генеза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальный диагноз.
	-	Проводится дифференциальный диагноз со всеми заболеваниями , при которых имеет место тромботическая микроангиопатия.Сходство с синдромом Рея основано на данных анамнеза (прием ацетилсалициловой

		кислоты при остром инфекционном заболевании), клинических данных поражения почек (олигоурия,артериальная гипертензия, азотемия, гиперкалиемия). Однако, отсутствие признаков поражения нервной системы и печени, характерных для синдрома Рея, позволяют исключить данное заболевание.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Объясните механизм возникновения геморрагического синдрома
	-	Механизм возникновения геморрагического синдрома обусловлен развитием развившейся тромбоцитопенией.Тромбоцитопенияобусловлена уменьшением времени полураспада тромбоцитов в связи с нарушением эндотелиальной функции сосудов на фоне внутрисосудистого гемолиза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие лабораторные показатели характеризуют нарушение клубочковой фильтрации
	-	Нарушение клубочковой фильтрации характеризуют следующие лабораторные показатели: повышение уровня мочевины и креатинина (азотемия), повышение уровня калия. Необходимо дополнить лабораторные методы исследования определением скорости клубочковой фильтрации по уровню эндогенного креатинина (проба Реберга)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	27
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 лет поступила в больницу с жалобами на чистые длительные умеренной интенсивности боли в поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Анамнез заболевания: впервые боли в поясничной области появились 4 года назад. Сопровождались высокой лихорадкой и болезненными мочеиспусканиями. В течение недели по назначению педиатра девочка принимала фурадонин, после чего все явления исчезли. Не обследована. В последующем периодически наблюдались подъемы температуры с болями в пояснице на фоне ОРВИ. Последнее ухудшение состояния девочки мама связывает с переохлаждением(долго купалась в реке, день был

		прохладный).Объективно: общее состояние ближе к средней тяжести, самочувствие плохое, вялая, на вопросы отвечает неохотно. Температура 38,8.Кожа чистая, сыпи нет, бледная, физическое развитие – масса тема 40 кг., рост 144 см. ЧД 26 в мин, ЧСС – 90/мин.. В легких везикулярное дыхание при аускультации. При перкуссии границы сердца не расширены, тоны сердца ритмичные, акцент второго тона на легочной артерии. АД – 110/75мм/рт/ст., живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Поколачивания по пояснице безболезненные. Количество мочеиспусканий 10-15 раз в сутки малыми порциями, моча мутная. Стул оформленный 1 раз в день. Общий анализ крови: эритроцитов 400000000000 л., гемоглобин 118 гр/л., лейкоцитов 25.0000000, палочкоядерных 10%, нейтрофилов – 64%, эозинофилов – 3%, лимфоцитов 22%, моноцитов – 7%, СОЭ 40 мм/час. Общий анализ мочи: уд. Вес 1005, белок – 0,43 гр/л., лейкоциты – 50-60 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные и свежие, 3-4 в поле зрения, геолиновые цилиндры до 2 в поле зрения, бактерии ++. В моче обнаружена кишечная палочка, микробное число до 6000000 кое в одном мл. мочи, чувствительной к амоксициллину, гентамицину. Креатинин крови 80 ммоль/л, общий белок 62,5 гр./л, мочевина 5,6 ммоль/л.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
	-	Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, активная фаза, активность II степени, функция почек сохранена. Диагноз установлен на основании наличия болевого синдрома, лихорадки с ознобом, интоксикационного синдрома и воспалительных изменений в общем анализе крови, а также дизурических расстройств (учащенное болезненное мочеиспускание). Наличие указанных симптомов в течение 4 лет говорит о хроническом проявление пиелонефрита, его рецидивирующем течении.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените данные клинического обследования (анализы крови, анализы мочи)
	-	В общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускоренное СОЭ, в анализе мочи – мутность, лейкоцитурия(до 50-60 в поле зрения), значимая бактериоурия (10000000кое в одном мл. мочи), снижение удельной плотности мочи (1050), высев кишечной палочки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какое еще обследование нужно провести для подтверждения диагноза
	-	Дообследованнее: уроцитограмма с активными лейкоцитами, повторить общий анализ мочи, в биохимическом анализе крови определить содержание мочевины, креатинина, калия, натрия, белков острой фазы воспаления, пробу Зимницкого, суточную секрецию солей оксалатов и мочевой кислоты, УЗИ почек (лежа и стоя) и мочевого пузыря(до и после

		микции), консультация гинеколога, так как возможна высокая вероятность вульвовагинита. Микционная цистография и экскреторная урография в период ремиссии воспалительного процесса в мочевой системе.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте лечение
	-	Режим постельный, далее полупостельный и переход на общий. Диетотерапия: механически, термически, химически щадящая. Ограничение поступления продуктов, содержащих избыток белка и экстрактивных веществ, обильное питье в виде воды, натуральных морсов, компотов. Соблюдение режима регулярных мочеиспусканий (через 2-3 часа) и дефекации. Антибактериальная терапия по чувствительности к антибиотику патогенной флоры. 10-14 дней. Лекарственные препараты, контроль за анализами мочи, коррекция дисбиоза пробиотиками – аципол.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план наблюдений после выписки из стационара
	-	После выписки при рецидивирующем течении инфекции мочевых путей пиелонефрита, цистита ребенок должен наблюдаться в условиях поликлиники педиатром и нефрологом до передачи во взрослую поликлинику. Вначале наблюдается в IVгруппе, далее при ремиссии более 5 лет ребенок переходит в III группу наблюдения. Диета - стол №–5 по Певзнеру с обильным питьем, по типу «пульсирующей» методики приемом кислых и щелочных продуктов. Вакцинация по индивидуальному календарю. Занятия физкультурой в специальной группе А, далее в подготовительной группе с коррекцией группы нефрологом. Контроль за состоянием мочеполовой органов и промежности, правильное подмывание, профилактика запоров.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	28
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 8 лет поступил в клинику с жалобами на носовое кровотечение синячки на конечностях на туловище и на лице. Анамнез заболевания –заболел остро через 2 недели после перенесенной ОРВИ. Появились кровоизлияния на туловище конечностях и носовое кровотечение.Мальчик направлен в стационар. Объективно состояние

		тяжелое в сознании температура 36.8 отмечается носовое кровотечение кровоточивость десен на конечностях туловище множественные кровоизлияния в виде петехий и экхимозов они полиморфные полихромные не симметричные появившиеся спонтанно.Масса тела26.6кг. рост 126 см. ЧД-20 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Границы относительной сердечной тупости соответствуют возрасту Тоны сердца ясные ритмичные.ЧСС-88 уд. в минуту АД-100/70мм.рт.ст..Живот мягкий доступен глубокой пальпации безболезненный печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускания не нарушены. Общий анализ крови- эритроциты-3.800000000000/лHgb-100г/л.НСТ-34% лейкоциты-6/00000000/ л. Тромбоциты 30.000000 /л эоз-2% п/я. Нейтрофилы-52% лимфоциты-36моноциты- 8%СОЭ 13мм/ч Биохимический анализ крови-Общий белок-72г/л АЛТ-23ЕД. АСТ-19ЕД серомукоид 0.17г/л.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – диагноз поставлен на основании наличия кожного геморрагического синдрома петехиально-пятнистым типом кровоточивости петехии и экхимозы полиморфные полихромные несимметричные появляющиеся спонтанно рецидивирующих носовых кровотечений на фоне выраженной тромбоцитопении. Геморрагический синдром в виде кожных проявлений манифестирует при снижении числа тромбоцитов в периферической крови менее 30-50000000 и даже 1500000000/л свидетельствует о тромбоцитопении. Влажная форма пурпуры –на основании кожного геморрагического синдрома и наличия носовых кровотечений и кровотечений из десен. Провоцирующим фактором в данном случае явилась ОРВИ.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие необходимы дополнительные методы обследования
	-	- Дополнительные методы обследования длительность кровотечения поДюке и время свертывания крови поЛи-Уайту Активированное парциальное тромбопластиновое время и тромбиновое время ретракция кровяного сгустка иммунограмма определение гуморальных антитромбоцитарных антител.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените общий анализ крови и биохимический
	-	В общем анализе крови анемия легкой степени выраженная тромбоцитопения. Биохимический анализ крови без патологии.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	4	Что входит в гематологическую триаду лабораторной диагностики
	-	В гематологическую триаду лабораторной диагностики входит – тромбоцитопения менее150000/л при данной патологии у ребенка-30000/л увеличение времени кровотечения по Дюке более 4-х минут и снижение ретракции кровяного сгустка –менее 75%
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Перечислите заболевания с которыми следует проводить дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями сопровождающиеся синдромом тромбоцитопатии болезнь Глянцмана. Болезнь Виллебранта протекающие с тромбоцитопенией –острый лейкоз гипопластическая анемия . Заболевания соединительной ткани.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	29
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 лет поступила в стационар с жалобами на сыпь преимущественно на нижних конечностях. Болезненность и отечность коленных и голеностопных суставов боли в животе. Анамнез заболевания-заболела через 3 недели после перенесенной лакунарной ангины.Объективно состояние средней степени тяжести на коже ягодиц нижних конечностей геморрагическая сыпь в виде петехий..Имеются участки макулезной сыпи красно –багровой окраски не исчезающей при надавливании.Сыпь расположена симметрично на конечностях болезненность и отечность коленных и голеностопных суставов. Масса тела -35кг. Рост-148см ЧД-20 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Границы относительной сердечной тупости в норме тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 8Ов минуту. Живот мягкий при пальпации болезненный.Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Стул ежедневный без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Общей анализ крови 370000000000/л Hgb-130г /л HCT-32.3% WBC-10.4000000/л-тромбоциты380.000000/л палочкоядерных 8% нейтрофилы 67% Моноциты6% лимфоциты-16% СОЭ-28мм.ч Общий анализ мочи-желтый удельный вес-1020 белок –отсутствует .лейкоциты-1-2 в поле зрения эпителиальные клетки 3-4 в поле зрения. Показатели системы гемостаза- тромбоциты 380.000000 активированное частично тромбопластиновое время-21 с норма-35с протромбиновое врем 12с норма

		-14-17 с.этаноловый тест- положительный.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожно-суставно-абдоминальная). Активность II, острое течение. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, перенесённая накануне лакунарная ангина, кожного геморрагического синдрома с васкулитно-пурпурным типом кровоточивости суставного и абдоминального синдрома.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените результаты общего анализа крови биохимического анализа крови и анализа мочи.
	-	В общем анализе крови умеренная эритропения, нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз и ускоренное СОЭ. В общем анализе мочи патологии нет, но требуется контроль ввиду частого вовлечения в патологический процесс почек. В биохимическом исследовании крови признаки гиперкоагуляции (укорочение активированного частично тромбопластинового времени, протромбированного времени, повышение уровня фибринолиза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Перечислите какие еще надо сделать анализы
	-	Дополнительные методы исследования: повторный анализа мочи, протеинограмма, коагулограмма, иммунограмма(циркулирующий иммунный комплексы, Iga,Igm,IgG), кал на скрытую кровь (реакция Григерсона)., функциональные почечные пробы (пробы Реберга-Тареева, Зимницкого).УЗИ органов брюшной полости, УЗИ суставов.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
	-	Менингококцемия и заболеваниями, протекающими с геморрагическим синдромом (тромбоцитопеническая пурпура, вторичные тромбоцитопении, острый лейкоз, гемофилия)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	5	Назначьте лечение
	-	Ребенок должен быть госпитализирован. Соблюдать охранительный режим, ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур, постельный режим, расширять режим , если нет кожных высыпаний последние 10 дней. В лечение следует применять курантил в дозе 0,05 три раза в день , если есть вовлечение почек или влажная форма геморрагического диатеза. Преднизолон в дозе 0,5 – 1,0 мг. На кг. В сутки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	30
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Подросток, 16 лет, поступил в отделение кардиологии детской городской клинической больницы для проведения обследования в связи с жалобами на повышение артериального давления. Из анамнеза заболевания известно, что впервые повышение АД до 140/90 мм.рт.ст. зафиксировано месяц назад во время прохождения диспансеризации в физкультурном диспансере. Занимается каратэ на протяжении 8 лет, тренировки 6 раз в неделю по 1,5 часа, с нагрузками справляется. В течение последнего года толерантность к физическим нагрузкам не снизилась, появились жалобы на беспокойный сон. Гипотензивные препараты ранее не получал. Анамнез жизни: мальчик от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 55 см, вес 4000 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В раннем возрасте наблюдался у невролога в связи с гипертензионно-гидроцефальный синдромом, получал диакарб. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2-3 раз в год), в возрасте 5 лет ветряная оспа. С 6 лет избыточный вес, диету не соблюдает. Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. Наследственность отягощена по гипертонической болезни: мать, 46 лет, отец, 50 лет, страдают гипертонической болезнью. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост 177 см, вес 99 кг. ИМТ = 31,6 кг/м^2. Кожные покровы бледно-розовые, дистальныйгипергидроз. Подкожно-жировой слой развит избыточно, стрий нет. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС в положении лежа 78 уд/мин., шумы не выслушиваются. АД среднее на правой руке 140/86 мм.рт.ст., АД среднее на левой руке 142/90 мм.рт.ст. (средние значения САД и ДАД определены на основании трех измерений АД, проведенных с интервалом 3 минуты). Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край гладкий, при пальпации безболезненный. Пульс на a.femoralis определяется,достаточный с обеих сторон. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 5,05 ммоль/л, ХС ЛВП – 1,0 ммоль/л;

		ХС ЛНП – 3,81 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Артериальная гипертензия Iстепени, высокий риск. Ожирение 1 ст. Метаболический синдром.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз артериальной гипертензии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, выявленном повышении АД при трехкратном измерении при осмотре. Установление степени артериальной гипертензиивозможно, так как артериальная гипертензия у подростка установлена впервые, гипотензивные препараты ранее не получал, основано на цифрах АД, измеренных во время приема (Iстепень – 95-99 перцентиль + 5 мм.рт.ст.). Высокий риск поставлен на основании наличия 6 факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы натощак, нарушение толерантности к глюкозе, сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе, ожирение). Диагноз метаболического синдрома установлен на основанииналичия ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии, гипергликемии натощак.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обязательных методов функциональной диагностики для обследования пациента
	-	Методы функциональной диагностики: суточное мониторирование АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, дифференциальной диагностики артериальной гипертензии (эссенциальная, симптоматическая); электрокардиография с целью оценки признаков перегрузки предсердий и состояния конечной части желудочкового комплекса (снижение сегмента ST и сглаженность T) для выявления повышенной чувствительности β-адренорецепторов к катехоламинам, определения критериев гипертрофии левого желудочка; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия изменений, связанных с повышением АД; ультразвуковое исследование почек для исключения почечного генеза артериальной гипертензии.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	4	Перечислите 5 основных групп антигипертензивных препаратов, используемых в настоящее время для лечения артериальной гипертензии у детей и подростков
	-	Ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридоновые), тиазидные диуретики.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по допуску подростка с артериальной гипертензией к тренировочно-соревновательному процессу
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу после проведения обследования при отсутствии поражения органов мишеней (гипертрофии миокарда ЛЖ или других сопутствующих заболеваний сердца) подросток может быть допущен к занятиям любимы видами спорта, включая каратэ. В дальнейшем необходимо осуществлять контроль АД. При стойком повышении АД более 160/90 мм.рт.ст. даже при отсутствии поражения органов-мишеней рекомендуется отстранение от занятий высокоинтенсивными статичными видами спорта (класс IIIAи IIIC). Каратэ относится к классу IIA.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	31
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Осмотр участковым врачом-педиатром ребенка в возрасте 1 месяца. Жалобы на беспокойство во время кормления (находится на грудном вскармливании), отказ от груди. Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы появились в течение нескольких дней. В роддоме педиатром выслушан шум в сердце, рекомендована консультация кардиолога по месту жительства после выписки. Врачом-детским кардиологом не осмотрен. Из анамнеза жизни известно, что мальчик от 1 беременности, в 1 триместр угроза прерывания. Роды 1, срочные. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосал активно. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Прививки по возрасту (в роддоме первая вакцинация против вирусного гепатита В, вакцинация против туберкулеза). Нервно-психическое развитие по возрасту. Семейный анамнез: у матери, 25 лет, аутоиммунный тиреоидит без

		нарушения функции щитовидной железы. При осмотре в покое ЧД 66 вмин, ЧСС 180 в мин. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Над областью сердца выслушивается дующий систолический шум с punctummaximum в 3-4 межреберье у левого края грудины,интенсивностью 3/6, проводится в межлопаточную область, Второй тон на легочной артерии акцентирован. Живот мягкий, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Стул 5-6 раз за сутки.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Врожденный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, дефект межжелудочковой перегородки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Шум в сердце дующий, органического характера (интенсивность 3/6, проводится в межлопаточную область), измененные по соотношению тоны сердца (акцент 2 тона на легочной артерии) позволяют думать о пороке сердца. Акцент (усиление) 2 тона на легочной артерии патологический (физиологический наблюдается с 1.5-2 лет до 10 лет), свидетельствует о гиперволемии малого круга кровообращения. По характеру и локализации шума, а также учитывая возраст ребенка наиболее вероятен септальный дефект - дефект межжелудочкой перегородки (ДМЖП). Дефекты с большим сбросом слева направо обычно проявляются клинически с 4-8 недель, что связано с физиологическим снижением общего легочного сопротивления и увеличением сброса слева направо. Тахикардия и одышка в покое, увеличение печени, отсутствие застойных влажных хрипов в легких характерны для недостаточности кровообращения IIA стадии (степени).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ – оценка ритма, ЧСС, направления ЭОС, вольтажа зубцов (при «сбросовых» дефектах доминирует гипертрофия левого желудочка и левого предсердия, по мере нарастания легочной гипертензии электрическая ось смещается вправо, нарастает гипертрофия правого желудочка, нарушений ритма сердца и проводимости возможны, но не характерны); проведение ЭХО-КГ для установления анатомического дефекта, направления сброса крови через дефект, измерения давления в полостях, оценки систолической функции левого желудочка.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	4	Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
	-	Основные препараты - сердечные гликозиды и диуретики с целью коррекции сердечной недостаточности. Возможно использование ингибиторов АПФ.Выбор препарата из этих групп основан у сердечных гликозидов на их способности воздействовать на сократимость миокарда (увеличивать сократительную функцию миокарда), у мочегонных – на объем циркулирующей крови (уменьшать ОЦК).Ингибиторы АПФ снижают периферическое сопротивление сосудов, облегчают антеградный кровоток из левого желудочка, тем самым уменьшая сброс через дефект межжелудочковой перегородки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Терапия дигоксином в поддерживающей дозе 0,01 мкг/кг/сутки, капотеном в дозе 1 мг/кг/сутки и верошпироном 3 мг/кг/сутки через 2 недели привела к нормализации ЧСС и ЧД, размеров печени, исчезли жалобы на беспокойство во время кормления, отказ от груди. КаковаВаша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Оставить терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение, учитывая эффективность проводимой терапии и высокую вероятность спонтанного закрытия дефекта или уменьшения в размерах. Контроль размеров дефекта межжелудочковой перегородки, систолической функции левого желудочков, давления в полостях через 3 месяца. При отсутствии признаков недостаточности кровообращения на фоне терапии постепенная отмена лечения, при сохранении сброса – радикальная коррекция ДМЖП в возрасте 1-2 года (согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	32
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На приеме у врача-детского кардиолога. Девочка 2,5 лет, направлена педиатром на консультацию к кардиологу в связи с шумом в сердце. Из анамнеза заболевания известно, что впервые шум в сердце педиатром выслушан у ребенка в возрасте 2-х лет при осмотре в связи с острым респираторным заболеванием, на фоне фебрильной температуры тела. Согласно записи в истории развития ребенка (форма 112/у) небольшой систолический шум определялся при аускультации слева от грудины во

		втором-третьем межреберье. Ранее девочка кардиологом не осматривалась, электрокардиография и эхокардиография не проводились. Из анамнеза жизни известно, что девочка от 1 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 52 см, вес 3500 гр. Закричала сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосала активно. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту. С 1,5 лет посещает детский сад, нервно-психическое и физическое развитие по возрасту, любит подвижные игры, физические нагрузки переносит хорошо.Семейный анамнез: мать, 30 лет, страдает артериальной гипертензией. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 25 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: верхняя – второе межреберье; левая – 1 см кнаружи от левой сосковой линии; правая – на 0,5 см внутрь от правой парастернальной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Шум над областью сердца не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, нижний край печени не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Пульс на a.femoralisопределяется, достаточный с обеих сторон. На электрокардиограмме регистрируется синусовый ритм с ЧСС 100-110 в мин. Угол альфа QRS +90 гр. Продолжительность интервала PQ 0,16 сек. При проведении эхокардиографии выявлен врожденный порок сердца (септальный дефект), полости сердца не увеличены, сократительная функция миокарда в норме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз (врожденный порок сердца).
	-	Врожденный порок сердца: вторичный дефект межпредсердной перегородки. НК 0.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз вторичный дефект межпредсердной перегородки может быть поставлен на основании характера и локализации шума (непостоянный, небольшой систолический шум слева от грудины во втором-третьем межреберье), отсутствия клинических проявлений с рождения и до настоящего времени, перенесенных заболеваний (частые ОРЗ, пневмония), данных Эхо КГ (септальный дефект). На основании клиники (хорошая переносимость физических нагрузок, отсутствие увеличения печени, одышки и тахикардии при осмотре), ЭКГ-данных (ЧСС соответствует возрасту, нет признаков перегрузки и гипертрофии отделов сердца, патологического отклонения ЭОС), ЭхоКГ (нормальные размеры полостей и сократительная способность миокарда) в настоящее время можно сделать вывод об отсутствии признаков недостаточности кровообращения (НК0).
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	3	Объясните при данном заболевании генез непостоянного небольшого систолического шума, выслушанного педиатром слева от грудины во втором-третьем межреберье, связь с повышением температуры тела.
	-	Шум не связан непосредственно со сбросом крови через межпредсердный дефект, а является результатом относительно высокого кровотока через легочный клапан. Нередко впервые шум выслушивается при состояниях, когда этот кровоток усиливается дополнительно – например, при инфекционных заболеваниях с высокой температурой и повышением сердечного выброса
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Интерпретируйте полученные ЭКГ-данные (соответствие указанных параметров возрастной норме)
	-	Синусовый ритм с ЧСС, соответствующей возрастной норме. Угол альфа QRS + 90 гр. в возрасте 2-х лет свидетельствует о вертикальном положении электрической оси сердца, что является также нормой. Продолжительность интервала PQ 0,16 сек. в возрасте 2,5 года является критерием атриовентрикулярной блокады I степени. АВ-блокада Iстепени может встречаться у практически здоровых детей при повышении парасимпатических влияний на ритм сердца.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какова Ваша лечебная тактика, связанная с выявленным врожденным пороком сердца. Обоснуйте Ваш выбор.
	-	В связи с отсутствием признаков недостаточности кровообращения в настоящее время терапевтическое лечение не показано. Учитывая возраст ребенка показана консультация кардиохирурга для определения сроков хирургической коррекции порока и его вида. Сроки оперативной коррекции дефекта межпредсердной перегородки (согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца) – возраст ребенка 2-5 лет. Вид коррекции (радикальная или транскатетерное интервенционное вмешательство) при данном пороке определяется анатомией
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	33
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На приеме у врача-детского кардиолога. Подросток, 14 лет, направлена на консультацию к кардиологу в связи с жалобами на перебои в работе сердца. Из анамнеза заболевания известно, что перебои в работе сердца беспокоят в течение месяца, возникают чаще в покое, ночью, проходят самостоятельно. Согласно записи в истории развития ребенка (форма 112/у) ранее кардиологом не осматривалась, электрокардиография и эхокардиография не проводились. В течение года 6 месяцев назад перенесла острое респираторное заболевание в легкой форме. Из анамнеза жизни известно, что девочка от 2 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 50 см, вес 3600 гр. Закричала сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосала активно. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2-3 раз в год), ветряная оспа в 4 года. Семейный анамнез: сердечно-сосудистые заболевания у отца и матери девочки не выявлены При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, аритмичные (выслушиваются экстрасистолы), ЧСС 80 в мин. лежа. Лежа до 2-экстрасистол в минуту, стоя экстрасистол нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Шум над областью сердца не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, нижний край печени не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Пульс на a.femoralisопределяется, достаточный с обеих сторон. На электрокардиограмме регистрируется синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. Угол альфа QRS +60 гр. Продолжительность интервала PQ 0,20 сек. Три одиночных преждевременных комплекса QRS=130 мс, АВ-диссоциация в экстрасистолических комплексах.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. Атриовентрикулярнаяблокада I степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз желудочковой экстрасистолии установлен на основании жалоб на перебои в работе сердца, данных осмотра (аускультативно выслушаны экстрасистолы) и наличия электрокардиографических критериев (широкие преждевременные комплексы QRS, наличие АВ-диссоциации в экстрасистолических комплексах). Диагноз АВ-блокады Істепени установлен на основании наличия электрокардиографических

		критериев (удлинение интервала до PQ 0,20 сек.).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назовите нарушение сердечного ритма, с которым в первую очередь проводится дифференциальная диагностика желудочковой экстрасистолии и характерный электрокардиографический признак, позволяющий поставить правильный диагноз
	-	Синусовая аритмия.Широкие преждевременные комплексыGRS Удлинение PG интервала до 0.20сек.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план обязательных методов функциональной диагностики для обследования пациента.
	-	Суточное Холтеровскоемониторирование ЭКГ, эхокардиография
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назовите кардиомиопатию, при которой желудочковая экстрасистолия при Холтеровскоммониторировании ЭКГ с частотой более 500/24 часа, является диагностическим критерием данного заболевания и определите какой это критерий (малый или большой).
	-	Аритмогеннаякардиомиопатия/дисплазия правого желудочка. Малый критерий.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	34
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка, 8 лет, направлена на консультацию к детскому кардиологу в связи с однократным приступом потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что однократная потеря сознания отмечалась 2 дня назад после медицинской манипуляции (взятие крови из вены) в поликлинике. Вышла из процедурного кабинета и потеряла сознание.

		Перед приступом в течение нескольких секунд сердцебиение, сопровождающееся тошнотой, головокружением, потемнением в глазах. Продолжительность приступа (со слов матери девочки, находилась рядом с ней) до1 минуты, не сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. После приступа слабость, дезориентации в пространстве не отмечалось. Плохо переносит поездки в транспорте, отмечает головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях. Анамнез жизни:девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (1-2 раза в год). В возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния, синего типа. Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. Семейный анамнез: у матери девочки в возрасте 8-15 лет редкие (до 1 в год) приступы потери сознания после медицинских манипуляций (взятие крови из вены), во время длительного ортостаза в душных помещениях, в бане. Случаи внезапной сердечной смерти среди ближайших родственников отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, в положении лежа умеренная брадикардия (ЧСС 70 уд/мин.), шумы не выслушиваются. АД 78/50 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край гладкий, при пальпации безболезненный. Пульс на a.femoralis определяется,достаточный с обеих сторон. Периферических отеков нет. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70-74 уд/мин. ЭОС не отклонена (вертикальное положение – угол альфа +85 гр.). PQ=0,13 сек. QT=380 мс, QTc=413-422 мс, QRS=0,08 сек. Клинический анализ крови, общий анализ мочи без патологических изменений. После осмотра детским кардиологом, учитывая наличие перед синкопальным состоянием сердцебиения, для исключения аритмических причин обморока рекомендовано проведение суточного Холтеровскогомониторирования ЭКГ. При проведении исследования повторный приступ потери сознания во время длительного ортостаза в метро. Приступ протекал аналогично первому. При расшифровке записи во время жалоб на сердцебиение перед обмороком синусовая тахикардия с ЧСС до 120 в мин. с внезапным началом и окончанием. Другие нарушения ритма сердца и проводимости, диагностически значимые паузы ритма не зарегистрированы. Продолжительность интервала QT в норме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Синдром вегетативной дисфункции. Вазовагальныесинкопальные состояния.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Синдром вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб

		(плохая переносимость поездок в транспорте, головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях), семейного анамнеза (у матери девочки клинически в анамнезе вазовагальныесинкопальные состояния), осмотра (умеренная брадикардия, гипотония), данных электрокардиограммы (умеренная брадикардия). Вазовагальный характер синкопальных состояний определен на основании анамнеза (в возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния), наличия типичных провоцирующих факторов и условий (медицинские манипуляции, длительный ортостаз, душные помещения), результатов суточного Холтеровскогомониторирования ЭКГ (отсутствие значимых нарушений ритма сердца и проводимости во время жалоб на сердцебиение перед обмороком – регистрация синусовой тахикардии).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Синдром вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб (плохая переносимость поездок в транспорте, головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях), семейного анамнеза (у матери девочки клинически в анамнезе вазовагальныесинкопальные состояния), осмотра (умеренная брадикардия, гипотония), данных электрокардиограммы (умеренная брадикардия). Вазовагальный характер синкопальных состояний определен на основании анамнеза (в возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния), наличия типичных провоцирующих факторов и условий (медицинские манипуляции, длительный ортостаз, душные помещения), результатов суточного Холтеровскогомониторирования ЭКГ (отсутствие значимых нарушений ритма сердца и проводимости во время жалоб на сердцебиение перед обмороком – регистрация синусовой тахикардии).
	-	Эхокардиография для исключения кардиальных причин обмороков. Для подтверждения вазовагального характера синкопальных состояний – тилт-тест.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назовите причины прекращения тилт-теста
	-	Проба прекращается с случае выполнения согласно общепринятому протоколу (длительность пассивной фазы 45 минут по Вестминстерскому протоколу) или при развитии предсинкопального (синкопального) состояния.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	При проведении тилт-теста на 5 минуте пассивногоортостаза у девочки появились жалобы на головокружение, сердцебиение, потемнение в

		глазах, тошноту. На ЭКГ синусовая тахикардия с ЧСС 120 в мин, снижение АД до 60/20 мм.рт.ст. Определите и обоснуйте вариант вазовагальногопредсинкопального состояния. Назовите рефлекс, лежащий в основе патогенеза вазовагальных обмороков.
	-	Вазодепрессорный вариант вазовагального состояния (VASIS III). Только при данном варианте обморока может отмечаться прирост ЧСС при развитии синкопального или предсинкопального состояний. В основе патогенеза вазовагальных обмороков лежит рефлекс Бецольда – Яриша.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	35
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка, 12 лет, обратилась на консультацию к кардиологу в связи с приступами потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что первый приступ потери сознания возник в возрасте 10 лет во время катания на аттракционе в парке. Приступ сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. В связи с обмороком больная проконсультирована кардиологом в одной из ведущих кардиологических клиник, проводилось суточноеХолтеровскоемониторирование ЭКГ. Исключены кардиальные причины синкопе, лечение не назначалось. В возрасте 11 лет повторный приступ потери сознания: после активной игры поднялась на второй этаж и потеряла сознание. В 12 лет два синкопальных эпизода: во время спокойной езды на велосипеде и на фоне бега. Продолжительность всех обмороков около 1 минуты. Некоторые приступы сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. Перед потерей сознания сердцебиение. После обмороков слабость, головная боль. Анамнез жизни: девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Вторая из двойни. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2 раз в год). Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. С 10 лет занимается конным спортом Семейный анамнез: у матери приступы потери сознания в детстве на фоне волнений, без видимой причины, не сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 154 см, вес 41 кг. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. На верхушке и в т. Боткина систолический шум, интенсивностью 2/6, экстракардиально не проводится. ЧСС 64 в мин. (лежа). АД 84/50 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный. Менструации с 11 лет, регулярные, по 5 дней через 30 дней, безболезненные. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64-74 в мин. (25-50 перцентиль). ЭОС не

		отклонена. PQ 0,09-0,10 сек. (укорочение PQ). QT 400 мс, QTc=444 мс (на ЧСС 74 в мин). Стоя синусовый ритм с ЧСС до 124 в мин. Электролиты крови в норме. Суточное Холтеровскоемониторирование ЭКГ: в дневное и ночное время синусовый ритм. Укорочение интервала PQ (0,08-0,09 сек.) .ЧСС ср. днем - 75 уд/мин. (норма 85-96). ЧСС ср. ночью - 57 уд/мин. (норма 66-74).ЧСС ср. сутки - 67 уд/мин. (норма 75-87).ЦИ -1,32 (норма-1,24-1,38). Правильный циркадный профиль сердечного ритма.В период бодрствования (по дневнику подъем на 2 этаж, сердцебиение, сопровождающееся головокружением) эпизод полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. Паузы ритма до 1384 мс (норма не более 1500 мс). Продолжительность интервала QT на минимальной ЧСС 45 уд/мин. 480 мс (норма 390-480 мс). Автоматический анализ интервала QT (по 1 каналу): QTo- 429 мс (N 330 - 400 мс), QTос -446 мс (N 400 - 450 мс), QTp-345 мс (N 255 -310 мс), QTpc - 359 мс (N305 -360 мс). QT max - измерение неверно. Параметры частотной адаптации интервала QT в пределах нормы. Эхокардиография: признаки пороков сердца не выявлены. Размеры полостей и сократительная способность миокарда в норме. Открытое овальное окно 1,5 мм в диаметре.
	1	Укажите наиболее вероятную причину обмороков. Обоснуйте свой ответ.
	-	Наиболее вероятная причина синкопальных состояний – полиморфная желудочковая тахикардия. Связь синкопальных состояний с физической нагрузкой, регистрация во время физической нагрузки (по дневнику подъем на 2 этаж) при проведении суточного Холтеровскогомониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин., сопровождающейся клинически сердцебиением, головокружением.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синкопальная форма. Открытое овальное окно 1,5 мм.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии установлен на основании анамнеза (синкопальные состояния, связанные с физической нагрузкой, сердцебиение перед обмороками), объективных данных (регистрация при проведении суточного Холтеровскогомониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. во время физической нагрузки, нормальная продолжительность интервала

		QT;отсутствие структурной патологии сердца по данным эхокардиографии, которая могла быть связана с развитием полиморфной желудочковой тахикардии; отсутствие электролитных нарушений). Брадикардия в сочетании с укороченным интервала PQ характерна для детей с синкопальной, злокачественной формой катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией. Открытое овальное окно диагностировано при проведении эхокардиографии.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки.
	-	Учитывая установленный клинически диагноз катехоламинергической полиморфной желудочкой тахикардии, отсутствие в анамнезе указаний на эпизод остановки сердца с проведением реанимационных мероприятий, ранее проводимую антиаритмическую терапию, назначение бета-блокатора. Согласно национальным рекомендациям по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти бета-блокаторы должны быть назначены всем больным с установленным диагнозом катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией вне зависимости от наличия клинических проявлений (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора будут являться рецидив синкопальных состояний на фоне приема бета-блокатора - первичная профилактика внезапной сердечной смерти и остановка сердца – вторичная профилактика (класс рекомендаций I, уровень доказательности C).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по дальнейшим занятиям конным спортом, физкультурой в школе у данной пациентки.
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу у больных с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардий при наличии клинических симптомов прогноз крайне неблагоприятный без наличия имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов и такие пациенты должны быть отстранены от занятий соревновательными видами спорта, включая конный спорт. От уроков физкультурой в школе девочка должна быть тоже отстранена.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	36
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 14 лет, поступил в стационар экстренно с жалобами на приступ затрудненного дыхания, сопровождающийся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, подъемом АД до 135/70 мм рт.ст. на фоне тахикардии В течение последнего года было 3 аналогичных приступа, последний - месяц назад после острого респираторного заболевания, на фоне высоких психо-эмоциональных нагрузок. Приступы длительностью до 10 мин., купируются самостоятельно или при применении физических методов (горячая вода, глубокое дыхание). Обычный уровень АД в пределах нормы, с тенденцией к гипотонии, умеренной брадикардии. Анамнез жизни: ребенок от первой неосложненной беременности. Роды - срочные, физиологические. Родился с массой - 3150 г. Рост - 51 см. Апгар - 8/9. Крик - сразу. Особенности периода новорожденности - без патологии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. На 1 году жизни синдром гипервозбудимости. Оперативное лечение: в 3 года- фимоз, в 11 лет аденотонзиллотомия. В настоящее время наблюдается неврологом, психиатром с диагнозом: синдром Туретта. Панические атаки. Получает тиаприд (нейролептик) и афобазол. Состоит на диспансерном учете у отоларинголога - хронический тонзиллит, стадия компенсации. Наследственность: мама - артериальная гипотензия, отец - склонность к АГ. По линии матери - СД 2 типа, ожирение, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия. По линии отца: инсульт, СД 2 типа, синдром WPW. Занимается в музыкальной школе, в секции баскетбола. Толерантность к физическим нагрузкам хорошая. Клиническое обследование: Длина тела 166 см, масса - 59 кг. В прошлом году — ростовой скачок на 10 см. Телосложение нормостеническое. Осанка правильная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Акрогипергидроз, усиленный сосудистый рисунок кистей рук. Область сердца - не изменена. Тоны сердца - ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. В легких дыхание - везикулярное. ЧД 20 в мин.. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 17,4 ед/л, холестерин 4,75 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,7, билирубин общий 14,8 мкмоль/л, мочевина 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 294 мкмоль/л, глюкоза 4,66 ммоль/л, белок 78 г/л. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Полувертикальная позиция сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Суточноемониторирование АД: среднесуточное АД 107/62 мм рт ст., среднедневное АД 110/65 мм рт. ст., средне ночное АД 100/57 мм рт ст. За время наблюдения в стационаре отмечалось две приступа затрудненного дыхания и подъема АД, купированы приемом валерьяны и пустырника.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз с учетом требований МКБ 10
	-	Вегетативная дисфункция G90.9, кризовое течение (симпато-адреналовые кризы в структуре панических атак).

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Дайте обоснование диагноза
	-	Диагноз вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб больного на приступы затруднения дыхания, сопровождающееся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, эпизоды повышения АД до 135/70 мм.рт.ст. ст., проявления периферической вегетативной дисфункции. Имеется связь усугубления симптоматики с ростовым скачком
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
	-	Учитывая отягощенную наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, необходимо оценить факторы риска. Целесообразно проведение ЭХО-КГ для выявления гемодинамических и структурных нарушений; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния глазного дна; ультразвуковое исследование почек; УЗДГ сосудов головного мозга для оценки кровотока в магистральных артериях головы; оценки функции внешнего дыхания Кризовое течение АГ требует исключения феохромоцитомы.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием гипотензивных препаратов. Какие препараты рекомендуете? Обоснуйте свой выбор.
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базового лечения не требуется (по результатам суточного мониторирования АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средне ночное АД 113/67). При повышении АД и учащении ЧСС во время приступа — разовый прием метопролола 12,5 мг — под язык. В качестве основной терапии рекомендуется прием препаратов из группы анксиолитиков, психотерапия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	5	После выписки из стационара в соответствии с рекомендациями педиатра проведена коррекция режима дня и питания, двигательного режима, закончен курс лекарственной терапии, проведены занятия с психотерапевтом. При повторном осмотре через 6 мес – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако панические атаки не повторялись ни разу. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Сделать акцент на здоровом образе жизни, достаточная физическая активность, продолжить занятия с психотерапевтом. В настоящее время в лекарственной терапии не нуждается.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	37
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Тактика ведения новорожденного.
	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
	-	Вскармливание грудным молоком.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	38
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 5 лет, заболел остро , с подъемом температуры тела до 38,0. Появление сухого кашля, насморка, в последние три дня температура держалась на фебрильных цифрах. Усилился кашель, появилась отечность век и коньюктивит. На 4 день болезни на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая на следующий день распространилась на туловище, плечи, а затем на предплечья, кисти, бедра, колени.Высыпания на фоне высокого подъема температуры до 38,6. Из анамнеза жизни выяснено, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Из прививок к 2 годам вакцинирован только против гепатита В. БЦЖ (в родильном доме). От остальных прививок родители отказывались. Эпидемиологический анамнез: две недели назад вернулся из Турции. Был в контакте с больным ребенком у которого была аналогичная сыпь. Родители здоровы. При осмотре на третий день от появления сыпи состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 38,7. Конечности горячие, мальчика беспокоит грубый, частый кашель. Отечность век, гиперемия конъюнктив, из носа обильные слизисто-

		гнойные выделения. Пальпируются подчелюстные, шейные ,подмышечные лимфоузлы, они мелкие, единичные, не спаяны в пакеты, при пальпации безболезненны. На коже лица, туловища, конечностях отмечаются элементы обильной крупной пятнисто-паппулезной сыпи в периоде пигментации. При осмотре зева умеренное разлитая гиперемия, слизистая в области переходной складки бархатистая, разрыхленная, видны белые пятна. ЧД 30/мин., аускультативнонад легкими дыхание жесткое, хрипы сухие, единичные. Тоны сердца громкие, возбужденные, ритмичные. ЧСС 128/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. из-под края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Мочеиспускание свободное, стула в течение суток не было. Менингеальные знаки отрицательные. Общий анализ крови: эритроциты 3500000 в литре, гемоглобин 112 гр./л., лейкоцитов 4400 л/, палочкоядерных 3%, нейтрофилов 38%, лимфоцитов 52%, моноцитов 7%, СОЭ 7мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки – усиление легочного рисунка.
	1	Сформулируйте клинический диагноз
	-	Корь, типичная форма, средней степени тяжести, неосложненное течение. Диагноз поставлен на основании эпид.анамнеза: две недели назад ребенок вернулся из Турции, где был в контакте с ребенком с сыпью и отсутствие прививки против кори.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Перечислите синдромы заболевания, на основании которых поставлен диагноз
	-	Повышение температуры тела, фибрильнаялихорадка,появлениекатаральных явлений со стороны носоглотки, конъюнктивита, отечности век, кожного синдрома. Сыпь наступила на 3-4 день болезни, поэтапно .В первый день – на лице и за ушами, на второй – распространилась на туловище и верхних конечностях, на третий день – на нижних конечностях. Сыпь обильная, крупнопятнистая, паппулезная, местами сливная. В ротовой полости типичных белых пятен – симптом Бельского-Филатова-Коплика Респираторно-катаральный синдром Сухой кашель с переходом к 7 дню заболевания в грубый, частый, Обильные слизисто гнойное отделяемое из носа..
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какова этиология данного заболевания. Какова продолжительность инкубационного периода данного заболевания
	-	Возбудителем кори является вирус семейства парамиксовирусов, имеющий сферическую форму и диаметр 120-230 нм. Инкубационный период составляет от 9 до 17 дней, в среднем 11 дней.
2	-	Дан правильный ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза
	-	Мазок из зева, носа. Обнаружение вирусного антигена в мазках – отпечатках со слизистой оболочки носа с помощью иммунофлюоресцентного метода возможна в первые 4 дня болезни. Серологический метод (реакция пассивной гемагглютинация и связывание комплимента), иммуноферментный анализ с обнаружением содержания антител класса IgM. В течение 7-10 дней от начала заболевания наблюдается значительное 9*-10 раз) нарастание титра антител.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение
	-	Лечение больного неосложненной корью проводится в домашних условиях. Постельный режим следует соблюдать в течение лихорадочного периода и в первые 2-3 дня нормальной температуры. Обильный питьевой режим. Рекомендуется 3-4 раза в день промывать глаза теплой кипяченой водой или 2-х % раствором соды, после чего закапать в глаза по 1-2 капли 20%-го раствора сульфацила натрия. Полоскание зева кипяченой водой, питье воды после еды способствует гигиеническому содержанию полости рта после еды. Симптоматическое лечение: антигистаминные , отхаркивающие препараты, жаропонижающая терапия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	39
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 1года 2х месяцев заболела утром остро с повышения температуры тела до38. 5 градусов вялости отказа от приема пищи появления грубого лающего кашля осиплости голоса слизистых выделений из полости носа За медицинской помощью не обращались. Температуру снижали нурофеном.К вечеру. состояние ухудшилось появились беспокойство и затрудненное дыхание. Ребенок госпитализирован в больницу.Анамнез жизни- с рождения находится на искусственном вскармливании наблюдалась с диагнозом атопический дерматит младенческая форма имеется избыточная масса тела.Родилась с массой3000.0г в настоящее время в 1г2мес. Масса12.300.Объективно при поступлении состояние средне тяжелое .Температура 38.8.На коже лица и туловища- элементы сыпи свойственной атопическому дерматиту.

		Отмечается одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки западение яремной ямки.ЧД 60 в минуту Отмечается незначительный цианоз носогубного треугольника мраморный рисунок кожи. Голос осиплый..Кашель лающий непродуктивный. В ротоглотке-яркая гиперемия. Из полости носа слизистое отделяемое. Аускультативно над легкими дыхание жесткое хрипы проводного характера.Границы сердца не расширены при перкуссии. Над легкими перкуторно звук легочной без укорочений. Тоны сердца ясные ритмичные.ЧСС-140 в минуту.Живот мягкий доступен глубокой пальпации безболезненныйСтул был вчера оформленный. . Диурез не нарушен. Общий анализ крови- зритроциты-3мил.5оотыс./л Hgb-110г/л Лейкоциты-5тыс400/л п/я-3 %нейтрофиллы-40% лимфоциты-57% моноциты-8% эозинофилы-2% СОЭ-5мм/ч. Кислотно-основное состояние- Phкрови7.34 Рсо-36мм.вод.ст. рО-68мм.вод.ст. ВЕ-2.0 Полимерная цепная реакция—исследование мазков из носоглотки парагрипп1 серотип1+ . аденовирус- отриц. Риносинтициальный- вирус- отриц. грипп-отриц. Рентенография органов грудной клетки инфильтративных теней в легких не определяется. Левая доля вилочковой железы не увеличена.
	1	Сформулируйте и обоснуйте основной клинический диагноз.и Сопутствующие диагнозы.
	-	Основной диагноз- Парагрипп.Стенозирующий ларинготрахеит. Стеноз гортани11 степени Диагноз установлен на основании анамнеза заболевания заболела остро с повышением температуры тела до 38.3 вялости отказа от еды с появления грубого лающего кашля осиплости голоса слизистого отделяемого из полости носа появившегося синдрома Дыхательной недостаточности одышки в покое инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. – ЧД—6Омин. Признаки умеренной гипоксии- цианоз носогубного треугольника.Сопутствующий диагноз-Атопический дерматит. Младенческая форма. .Лимфатикогипопластический диатез Так как имеется избыточная масса у ребенка- паратрофия а на Рентгенограмме определена тимомегалия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какой инкубационный период болезни и какой путь передачи инфекции
	-	Инкубационный период от1до6 дней путь передачи инфекции- воздушно-капельный.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	3	Оцените общий анализ крови.
	-	В клиническом анализе крови выявлена анемия легкой степени Нормохромная по этиологиив настоящий момент постинфекционная. По реакции ПЦР обнаружен вирус парагриппа Со стороны белой крови у девочки на фоне умеренной лейкопении относительная нейтропения обусловленная также вирусом парагриппа.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	С какими заболеваниями часто приходится проводить дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с ларинготрахеитом возможной бронхиальной астмой опухолями
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое лечение следует назначить.
	-	Аэротерапия- ингаляции увлажненным кислородомингаляции с теплым физиологическим раствором ингаляции с будесонидом в/ м- преднизолон. Десенсибилизирующая терапия капли в нос.противокашлевые препараты-амброгексал.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	40
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 8 лет .Жалобы на затрудненное дыхание в течение последнего года. Периодически кашель тяжесть в загрудинной области при физической нагрузке. Из анамнеза известно наследственность отягощена .У бабушки по материнской линии-полиноз . У матери в детстве атопический дерматит в тяжелой степени тяжести. У отца псориаз и желче-каменная болезнь. У деда по отцовской линии- хронический пиелонефрит. Ребенок родился от1 беременности протекавшей с токсикозом первой половины беременности . У матери был хламидиоз. Роды в срок.Масса при рождении 3300 длиной 51 см. Вперииоде новорожденности распространенная токсическая эритема. При введении прикормов в 6 мес появились легкие симптомы атопического дерматита. В течение первых 3-х лет жизни болел редко с начала посещения детского сада стал болеть чаще до 6-8 раз в год.В 6 лет первый документированный эпизод бронхо обструкции сопровождаемый свистящими хрипами на фоне ОРВИ. Отмечался вначале положительный

		эффект на ингаляцию беродуалом. С 6 до 8 лет 4 эпизода БОС на фоне ОРВИ и один эпизод без признаков ОРВИ.Настоящее заболевание началось с повышения температуры до38.0 С явлении ринита в виде ринореи .сухого приступообразного кашля и затрудненного дыхания. Отмечался положительный эффект на беродуал вскоре после ингаляции. Однако непродолжительный –в течении2-3 часов. При осмотре состояние средне тяжести за счет дыхательной недостаточности. Sat-O92%.Кашель сухой . непродуктивный. Носовое дыхание затруднено . Из полости носа слизисто –водянистые выделения. Зев умеренно гиперемирован. Кожные покровы сухие с элементами гиперемии. Лихинификации. Расчесами в области локтевых и лучезапястных суставов. ЧД-32 в мин.Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно дыхании ослаблено повсеместно выслушиваются сухие свистящие хрипы высокого тона. Выдох затруднен и удлинен. Тоны сердца отчетливые. Акцент второго тона нд легочной артерией. Живот мягкий безболезненный .во всех отделах. Печень селезенка не увеличены.
	1	Сформулируйте предположительный диагноз.
	-	ОРВИ. Бронхиальная астма приступный период. Сопутствующий диагноз- Аллергический ринит.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	У ребенка с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям . отягощенным собственным аллергологическим анамнезом с ранним проявлением атопии и предрасполагающих факторов- токсическая эритема в периоде новорожденности длительным ринитом вне ОРВИ .клиническими проявлениями атопического дерматита и наличием 5 эпизодов документированной обструкции как на фоне ОРВИ так и без признаков инфекционного заболевания. Подтверждает диагноз бронхиальной астмы и быстрая реакция на бронхолитическую терапию и данные осмотра- экспираторная одышка сниженные показатели Sat кислорода. Все выше сказанное в совокупности с выслушиваемыми хрипами и ослабленным дыханием в легких можно поставить предварительный диагноз- Бронхиальная астма атопическая приступный период.Длительность течения ринита вне инфекционных заболеваний респираторного тракта указывает на аллергическую природу ринита.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обследования ребенка для определения диагноза.Пациентурекомендованопроведение исследование функции внешнего дыхании спирография пиклофлоуметрия ,пульсоксиметрия. Определение уровня окиси азота. В периоде ремиссии рекомендуется индивидуальной нормы показателей ПСВ.

		Тесты с физической нагрузкой аллергодиагностика .Осмотр ЛОРврача эндоскопическое исследование полости носа.
	-	
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте лечение с учетом данных осмотра.
	-	Так как ингаляции с беродуалом не дают стойкого положительного эффекта необходимо уточнить дозу препарата.- назначается вентолин-бета агонист кроткого действия через небулайзер по 2.5мл 4 раза в день Следить за эффектом. Назначается пульмикорт 0.5 мг-2раза в день
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации для дальнейшего лечения
	-	ИГКС- пульмикорт назначается на короткий срок с целью воздействия на воспалительный процесс Затем превентивная терапия – флексотид - по 0.125мг. 2 раза в день минимальный курс 3 месяца Назонекс по 1 дозе-5мкг. С учетом длительности заболевания курс 3 месяца.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	41
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6 лет.в течение 1.5 месяцев отмечается раздражительность быстрая утомляемость снижение аппетита головная боль потливость по ночам повышение температуры до 37.2.Анамнез жизни девочка от4 беременности протекавшей с гестозом.2-х срочных родов. Масса тела при рождении 3400г. Длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании с 3-х месяцев. Развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания 7-8 раз в год ОРВИ. 2 раза бронхит. Профилактические прививки сделаны по календарю.В родильном доме вакцинирована вакциной БЦЖ. Прививочный рубец отсутствует. Выполнена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л папула 8мм. Объективно общее состояние удовлетворительное. Масса тела 20 кг. Ромт115 см. Кожные покровы бледные влажные отмечается мраморность .Периферические лимфоузлы увеличенные пальпируются в 5 группах- подчелюстные. передне- шейные. подмышечные . торакальные и паховые. Они эластичные не спаяны в пакеты и безболезненные ЧД 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное

		Хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные на верхушке выслушивается нежный систолический шум.ЧСС-105 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень+1см.из под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез не нарушены. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л в1-2-3-4 года и 5 лет отрицательная. Общий анализ крови-Hgb-120г.л. Эр-4мил.200т Лейкоциты-12т500 в л. Палочкоядерные-2% сегментоядерные-32% Лимфоциты-58% Эозинофилы 2% моноциты 6%. СОЭ-18мм.ч. Общий анализ мочи –цвет соломенно-желтый удельный вес1018 Белок не обнаружен. Лейкоциты 3-4 в п.зр. Эритроциты-0-1 в п .зр Рентгенография органов грудной клетки без очаговых инфильтративных изменений. Корни структурные..
	1	Сформулируйте предварительный основной диагноз.
	-	У девочки ранняя туберкулезная интоксикация выставлена на отмечались основании клинических признаков заболевания. В течение 1.5 месяцев у девочки отмечались раздражительность быстрая утомляемость снижение аппетита головные боли потливость по ночам субфебрилитет тахикардия систолический шум на верхушке сердца впервые установленной положительной пробы Манту с2 ТЕ ППД-Л. Изменения в общем анализе крови при отсутствии локальных изменений на рентгенограмме грудной клетки. Имеет место вираж туберкулиновых проб.- появление впервые положительной пробы Манту с 2 ТЕ ППД- Л после отрицательных проб ч то говорит о произошедшем инфицировании
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените физическое развитие девочки.
	-	Физическое развитие среднее гармоничное масса рост масса по росту25-50 перцентиль .
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените данные лабораторного и инструментального обследования.
	-	Вобщем анализе крови умеренный лейкоцитоз и умеренный относительный и абсолютный лимфоцитоз. На рентгенограмме органов грудной клетки инфильтративных и других патологических изменений не выявлено.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие еще методы обследования следует назначить.

	-	Диаскин- тест квантифероновый тест бактериологическое обследование н выявление микобактерий туберкулеза- бактериоскопия посев на жидкие и плотные среды анализ на полимеразную цепную реакцию молекулярная диагностика КТ- органов грудной клетки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие возможны исходы заболевания.
	-	Исход при своевременно начатом лечении благоприятный. Функциональные нарушения и симптомы интоксикации полностью исчезают наступает выздоровление. При неблагоприятных условиях у детей ослабленных при интеркуррентных заболеваниях при массивном инфицировании и затяжному течению. частых экзогенных суперинфекциях отмечается тенденция к длительному Затяжному течению. Ранняя интоксикация переходит в хроническую Или развиваются локальные формы первичного туберкулеза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	42
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6 лет. Из анамнеза известно наследственность отягощена по аллергическому фактору. –У матери в детстве рецидивирующие ларинготрахеиты –у бабушки по линии матери поллиноз и гипертоническая болезнь. У старшего брата девочки атопический дерматит. Девочка родилась от 2 беременности 2-х срочных родов путем кесарева сечения. Масса при рождении 3100.0г длина тела 50см. До года была на грудном вскармливании . В 5 месяцев на введение прикорма – овсяная каша появилась распространенная сыпь на теле.После отмены овсяной каши сыпь прошла. В дальнейшем периодически появилась крапивница на облигатные аллергены. Девочка часто болеет ОРВИ при которых всегда отмечался грубый сухой кашель и осиплость Голоса. Дважды в 5 и 6 лет отмечался стенозирующий ларинготрахеит на фоне ОРВИ и трижды вне ОРВИ. При Осмотре состояние средне тяжести за счет дыхательной
		недостаточности. Самочувствие средней тяжести- беспокойная Эмоционально лабильная Носовое дыхание затруднено за счет отека. Кашель грубый лающий Зев розовый. ЧД 30 в мин. Выражена осиплость голоса Затрудненный звучный выдох. Перкуторно над легкими звук легочной . При аускультации дыхание везикулярное хрипов не слышно. Отмечается участие в акте дыхания яремной ямки и межреберных промежутков. Тоны сердца

		ритмичные Живот мягкий безболезненный доступен глубокой пальпации. Печень селезенка не увеличены.
	1	Какой предположительный диагноз можно поставить.
	-	Можно поставить предположительный диагноз Аллергический ларинготрахеит Стеноз 2 степени. ДН 2 степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Уребенка с отягощенной наследственностью рецидивирующими эпизодами ларингтрахеита в том числе на фоне нормальной температуры быстрым эффектом на противовоспалительную терапию характерными клиническими симптомами может быть поставлен диагноз аллергический ларинготрахеит с учетом и грубого лающего кашля и осиплости голоса длительно сохраняющихся после любого заболевания В настоящее время заболевание протекает с ларингостенозом 2 ст. и ДН2 ст.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с ларинготрахеитом воспалительной этиологии в результате ОРВИ Папиломатозом и опухолевым процессом. Гортани врожденного и приобретенного генеза.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Общий клинический анализ крови во время обострения и в период ремиссии. Аллергоисследование. Эндоскопическое исследование гортани.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение этому пациенту.

	-	В острый период - ингаляции будесонидом 100 мкг при отсутствии эффекта повторить ту же дозу через 30 мин. При отсутствии эффекта –дексаметазон в дозе0.3 мг на кг веса. В период ремиссии –элиминационные мероприятия по диете по быту.Курсовое лечение антигистаминными препаратами второго поколения -зиртек или антилейкотриеновыми препаратами или кромонами--монтелукаст . сингулар.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	43
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мать обратилась к педиатру за советом в связи стем что ее старшая дочь 5 лет стала раздражительной капризной ухудшился аппетит сталажаловаться на периодические боли в животе зуд в заднем проходе тошноту. При обследовании выявлен перианальный дерматит. вульвит. в клиническом анализе крови- эозинофилия
	1	Сформулируйте и обоснуйте. предположительный диагноз
	-	У девочки на основании симптомов интоксикации снижение аппетита появление раздражительности капризности болей в животе кожного зуда в перианальной области перианального дерматита и вульвита и эозинофилии в клиническом анализе крови можно предположить глистную инвазию -энтеробиоз.Периодические боли в животе возможно обусловлены Функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Сопутствующей патологией является у девочки-вульвит.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Составьте план диагностических исследований.
	-	План диагностических исследований предусматривает последовательное использование следующих методов- микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц с использованием липкой ленты по методике Грэхэма или соскобов с перианальных складок. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов и простейших.. Молекулярно-генетический метод диагностики-ПЦР кала на гельминты и простейшие. Кроме того необходимо назначить УЗИ органов брюшной полости.Консультация детского гинеколога.
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте план лечения.Энтеробиоза
	-	Рекомендовано проведение этиотропной антигельминтной терапии мебендазол детям старше 2х лет- однократно Албендазол однократно детям старше года.Пирантел детям старше 6 месяцев.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какой путь заражения
	-	Нарушение гигиенических мероприятий грязные руки вдетских учреждениях игрушки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план профилактических мероприятий.энтеробиоза
	-	Больного изолируют в домашних условиях или условиях стационарав отдельный бокс или с детьми имеющими аналогичную патологию до полного клинического выздоровления. Больному рекомендуется соблюдение личной гигиены тщательное мытье рук после каждого посещения туалета. Коротко подстричь ребенку ногти.Частая смена белья. Стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей ребенка горячим утюгом. Воздержание от расчесывания зудящих мест. Обследование на энтеробиоз 2 раза в год детей посещающих детский сад детские ясли а также посещающих бассейн.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	44
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 1 мес 21 день доставлен в стационар. Анамнез жизни - Родился от 1 нормально протекавшей беременности.и срочных родов. Родился с массой тела 3600г. Длиной 52 см. К груди приложена на2 сутки . сосал активно. Прибавка в массе за 1 месяц жизни 700.0г. На первом месяце жизни срыгивал вначале понемногу а к месяцу появились рвоты. 1-2 раза в день створоженным молочком В последнюю неделю рвоты фонтаном- сразу после кормления и большим объемом чем съел ребенок

		Потерял в массе. Масса в1мес 21 день 3800. Объективно состояние ребенка тяжелое ребенок вялый периодически беспокоится Большой родничок выполнен 2см на2 см. Тургор тканей снижен. Подкожно жировой слой выражен слабо При осмотре наблюдалась рвота фонтаном. Со стороны сердца и легких. Без особенностей. Живот вздут мягкий в области эпигастрия видна усиленная перестальтика желудка в виде песочных часов. Мочеиспускания редкие. Стул скудный через день Мальчику проведено исследование кислотно основного состояния и электролитов в крови.. pH крови7.56 pO-74мм.рт. Pco 46мм.рт.ст. Hgb 96г на л. HCT-60% К плазмы 2.8мэкв/л. N плазмы 135 мэкв /л.
	1	Сформулируйте диагноз.
	-	Врожденный пилоростеноз Сопутствующие- Дистрофия по типу гипотрофии1 степени. Анемия легкой степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания.
	-	Пилоростеноз клинически дебютирует в конце 2-й начале 3 недели жизни Часто врожденного характера Может быть связано с мультифакториальными причинами дефицитом иннервации- дизаганглиозом пилорического сфинктра незрелостью и дегенеративными изменениями нервных окончаний привратника с повышенным содержанием гастрина что приводит к перерождению гладкомышечных волокон пилорического сфинктра.Они резко утолщаются теряя характерные для сократительных структур и становятся стекловидными похожими на хрящевую ткань. Привратник утолщается удлиняется уплотняется его просвет резко суживается. На этот процесс нужно время. Поэтому клинический дебют заболевания происходит позже Семейный характер заболевания подтверждаетнаследственный фактор в формировании заболевания.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Скакими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с халазией кардии с опухолью желудка с пилороспазмом.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие методы диагностики следует провести.

	-	Впервую очередь ЭГДС или рентгеноконтрастное исследование желудка при тугом наполнении При проведении ЭГДС привратник не проходим для эндоскопа. При рентгеноконтрастном исследовании желудка пилорический канал также непроходим или нитевидно сужен или виден толькоего начальный отдел симптом клюва.Эвакуация бариевой смеси из желудка резко снижена или отсутствует вовсе. В диагностике можно использовать также УЗИ желудка и органов брюшной полости
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое лечение требуется ребенку. Какой прогноз для жизни.
роЭ	-	Лечение при установленном диагнозе пилоростеноза- оперативно проводят пилоромиотомию по Фреде- Рамштедту. Перед операцией предоперационная подготовка инфузионная терапия с коррекцией метаболических нарушений В послеоперационном периоде постепенно дробно разрешается дробное кормление прибавкой по5 мл. через каждые 3 кормления. Результаты оперативного лечения хорошие рецидивов послеоперации и летальности нет .Прогноз для жизни благоприятный.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	45
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 15 лет обратился в поликлинику с жалобами на длительные приступообразные боли в живот в области эпигастрия иногда сверлящие с локализацией в левое подреберье с иррадиацией в спину или носящие опоясывающий характер. Длительностью до1-2 часов Часто ощущает вздутие живота и урчание в животе .Проходят после приема но-шпы и баралгина . Болен около 3х лет У гастроэнтеролога на учете не состоит. Из анамнеза известно что анамнез по гастроэнтерологическим заболеваниям отягощен. У деда по материнской линии язвенная болезнь и хронический панкреатит. У матери мальчика эрозивный гастрит. Мальчик простудными заболеваниями болеет не часто. Из инфекций в- 5 лет перенес инфекционный паратит. Режим и диету не соблюдает . Любит посещать Мак- Дональдс любит острую пищу Иногда после погрешностей в диете бывают ночные боли Стул часто неустойчивый кашицеобразный блестящий иногда плохо смываемыйиз унитаза иногда бывают рвоты не приносящие облегчение болевого синдрома. В копрограмме - стул не оформленный коричневого цвета мазевидный блестящий определяются мышечные волокна не измененные -2 и измененные жир нейтральный-2 жирные кислоты-2

		крахмал внеклеточный 2 и внутриклеточный-2 иодофильная флора-1 растительная клетчатка3. . При объективном осмотре состояние средней тяжести Бледный Жалуется на боли в животе с иррадиацией в спину. Уром после приёма пищи была обильная рвота пищей. Температура-36 .9 АД- 110 на60 мм.рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. четкие. Живот доступен глубокой пальпации болезненный в области эпигастрия в пилородуоденальной области и в левом подреберьи Положительные пузырные симптомы Ортнера и Мерфи. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона.
	1	Сформулируйте предварительный основной и сопутствующий диагнозы
	-	Мальчику следует поставить основным диагнозом Хронический панкреатит в периоде обострения. Сопутствующие Хронический гастродуоденит. в периоде обострения. Дисфункция сфинктра Одди. Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте основной диагноз хронический панкреатит в периоде Обострения.
	-	На основании жалоб на характер болевого синдрома боли опоясывающие и с иррадиацией в спину сопровождаемыедиспептическими явлениями: тошнота и рвота, не приносящая облегчение, вздутие, урчание в животе, неустойчивый характер Стула, а также учащенный до-4 раз стул , блестящий плохо смываемый из унитаза дают основание диагностировать хронический панкреатит .Возникновению хронического панкреатита способствовали неблагополучный семейный анамнез: перенесенный в5 лет инфекционный паратит,развившийсяв последующем в хронический гастродуоденит и несоблюдение режима и диеты.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените копрограмму
	-	В копрограмме умеренно выраженный гастритический синдром, синдром нарушенного желчеотделения,панкреатическийсиндром, представленный умеренной креатореей, стеатореей и амилореей.
2	-	Дан правильный ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план лечения.
	-	При обострении хронического панкреатита назначают при выраженном болевом синдроме и повторных рвотах - голод холод и покой. Зонд в желудок. Парентеральное питание на 2-3 дня. При стихании болевого синдрома и диспептических явлений питание энтеральное, лечебными смесями Нутриен-элименталь.Пептамен затем диету расширяют диетический стол по Певзнеру 5. Для снятия интоксикации инфузионная терапии Растворами реополигликина глюкозы - 5% альбумина. Купирование болевого приступа - баралгин платифилин но-шпа в возрастных дозировках. Для снижения кислотно -пептического фактораН-2 гистаминоблокаторы- фамотидин Антацидная терапия-маалокс. Ферменты –креон или панкреатин следует назначить в период расширенной диеты Сцелью устранения диспептических жалоб на тошноту и рвоту - назначают прокинетик-- мотилиум.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план дальнейшей диспансеризации.
	-	Диспансерное наблюдение осуществляется гастроэнтерологом поликлиники. Назначаются периодически данные обследования общие анализы кров мочи ФГДС копрограмма биохимический анфлиз крови, определением общей амилазы и панкреатической. Анализ мочи на диастазу, определение эластазы, УЗИ органов брюшной полости, определение эластазы 1 в кале.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	46
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 1год 6 мес, страдает пищевой аллергией, съел лежащую на столе плитку шоколада. Через полчаса у него на коже появились волдыри,сопровождающееся сильным зудом. Мальчик стал беспокойным, поднялась температура до39.0 С. Появились боли в животе. Аллергологический анамнез отягощен. Мать ребенка страдает псориазом у отца –экзема у старшего брата атопический дерматит. Объективно: состояние средней тяжести. На коже лица, груди, живота, спины, рук, бедер уртикарные высыпания от бледно-розового до красного цвета.

		Различной формы и величины, окруженные зоной гиперемии. При аускультации в легких дыхание пуэрильное. При перкуссии над легкими звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены. Тоны сердца удовлетворительной звучности ритмичные.Тахикардия, пульс 140 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка на пальпируется. Диурез без особенностей, стул оформленный был накануне.
	1	Поставьте диагноз и обоснуйте
	-	Острая аллергическая реакция : крапивница. У ребенка с пищевой аллергией шоколад вызвал повышение содержание в крови классического IgE – опосредованную аллергическую реакциюнемедленного типа.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
	-	Устранить аллерген (шоколад), провести энтеросорбцию, (зостерин или активированный уголь или энтеросгель). Сделать очистительную клизму, ввести внутримышечно антигистаминный препарат (фенистил по 10 кап 2 раза в сутки, или зиртек или внутримышечно тавегил 0,1 мл на год жизни).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Что применяется в тяжелых случаях при распространённой или гигантской форме крапивницы
	-	Показана госпитализация и к проводимой терапии добавить преднизолон1-2 мг. На кг. Массы внутримышечно.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Чем представлены морфологические изменения
	-	Морфологические изменения представлены отеком сосочкового слоя дермы с расширением капилляров и артериол, перевоскулярной лимфоцитарной инфильтрации.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	5	Какие причины возникновения данных патологических состояний
	-	Причинами возникновения крапивницы могут являться помимо пищевых аллергенов лекарственные аллергены, укусы насекомых и др.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	47
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Тактика ведения новорожденного.
	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в

		данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
	-	Вскармливание грудным молоком.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	48
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени. Оценка по Апгар 7/9 баллов. Масса - 3870 г, рост – 52 см Состояние с рождения – удовлетворительное. К груди приложен в родильном зале. Выписка из родильного дома на 4-й день жизни На грудном вскармливании. МУМТ – 6%. Вакцинирован При выписке – пуповинный остаток сухой, в скобе. Рекомендации – советы по уходу и вскармливанию, пуповинный остаток не обрабатывать, в день отпадения пуповинного остатка не купать. 6-й день жизни – отпадение пуповинного остатка, ранка обработана участковой медсестрой: перекись водорода- сухо – спирт 8-й день жизни – признаков воспаления нет, из ранки постоянное прозрачное скудное отделяемое, обработка медсестрой 9-й день жизни – без динамики.

		10 день жизни – консультация детского хирурга, Диагноз - Полный свищ пупка исключен 11 день – признаки воспаления вокруг пупочной ранки – неяркая гиперемия, незначительный отек., отделяемое прозрачное в небольшом количестве – в условиях детской поликлиники начато лечение. Проведено лечение: H2O2 сухой стерильный шарик - высушить порошок Банеоцин – тонкий слой под стерильной салфеткой, Обработка 2-х кратная в течение суток Местно: – УФО N3 12 день - признаки воспаления значительно уменьшились 14 день – исчезло отделяемое пупочной ранки Эпителизация на фоне проводимого лечения – на 3 месяце жизни
	1	Диагноз?
	-	Неполный свищ пупка.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Требуется ли проведение лечения?
	-	Да, с учетом наличия аномалии развития и состояния ребенка – комбинация антисептических средств и местных антибиотиков, в течение длительного времени. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз??
	-	Катаральный омфалит; фунгус пупка; полные свищи пупка; дефицит XIII фактора (фибринстабилизирующего) – как следствие, длительное заживление пупочной ранки.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы, поддерживающие воспалительный процесс?
	-	золотистый стафилококк (*S. aureus*)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
	-	Флегмонозная форма омфалита, некротическая форма омфалита, пемфигус новорожденных, пупочный сепсис, некротическая флегмона новорожденных.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	49
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Новорожденный мальчик от матери с отягощенным соматическим анамнезом (подковообразная почка, ПН0, трикуспидальная регургитация 1 ст, хронический гастрит, хронический тонзиллит), от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 21/22 неделе, лейкоцитурия, бактериурия в 35 недель, кандидозный кольпит, от 2 срочных родов на сроке гестации 37 недель через естественные родовые пути. 1 период 6 часов 25 мин, 2 период 20 мин, слабость потуг, начавшаяся гипоксия плода, вакуум-экстракция плода. Безводный промежуток 4 часа 35 мин, воды светлые. При рождении крик средней силы, прерывистый, мышечный тонусснижен, дыханиерегулярное, ЧСС 110 уд в мин. Через 30мин было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и мечевидного отростка, стонет, частота дыхания до 70 в 1 минуту. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было.
	1	Оцените ребенка по шкале Сильверман
	-	Оценка по шкале Сильверман 8 баллов.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Предполагаемый диагноз

	-	Учитывая клинические признаки дыхательной недостаточности с оценкой по шкале Сильверман 8 баллов, у ребенка имеет место респираторный дистресс-синдром тяжелой степени, который может быть обусловлен врожденной пневмонией, болевым синдромом с развитием РДС взрослого типа
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие мероприятия необходимо провести.Объем первичного обследования
	-	Учитывая тяжесть РДС необходимо провести интубацию трахеи, начать аппаратную ИВЛ с подбором параметров для обеспечения адекватного газообмена при минимально агрессивных параметрах вентиляции. Коррекцию параметров необходимо проводить под контролем газового состава крови. Обеспечить тепловой комфорт. Обеспечить венозный доступ. Начать базовую инфузионную терапию, стартовую антибактериальную терапию. Взять кровь на клинический анализ, сахар крови, СРБ, КОС. Обеспечить мониторинг ЧСС, сатурации, АД. При наличии выраженного болевого синдрома – обезболить. При наличии артериальной гипотензии – начать мероприятия по стабилизации гемодинамики. Провести рентгенографию легких. Провести нейросонографию и УЗИ костей черепа.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Каким образом необходимо синхронизировать ребенка с аппаратом ИВЛ
	-	Рутинная медикаментозная седация с целью синхронизации с аппаратом ИВЛ не применяется. Синхронизация с аппаратом ИВЛ достигается подбором параметров ИВЛ для обеспечения адекватной минутной вентиляции легких
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте стартовую антибактериальную терапию
	-	Стартовая антибактериальная терапия начинается ампициллином в дозе 100 мг/кг/сут. При необходимости усилить антибактериальную терапию к ампициллину добавляется аминогликозид, например гентамицин в дозе 4 мг/кг/24 ч у доношенного ребенка, или амикацин 15 мг/кг/24ч у доношенного ребенка
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно

	-	50
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 мес. Поступила в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры до 38,9., насморк, вялость, недомогание, снижение аппетита, рвоту до 7 раз в сутки, жидкий стул до 15 раз в сутки. Анамнез: больна в течение последних трех дней, начало заболевания острое, с повышением температуры тела насморка. Обратились к участковому педиатру, было назначено лечение – нурофен, виферон в свечах, капли в нос. На следующий день появились водянистый стул и рвота., в связи с чем госпитализирована в стационар. Девочка с 1 месяца на искусственном вскармливании. Прикормы вводились с 4,5 мес. , ела хорошо, но в массе прибавляла неравномерно. В настоящее время получает пищу с общего стола. Объективно: масса тела 8,5 кг., длина 71 см. (родилась с массой 3400гр, длина 52 см.). Девочка вялая, отказывается от еды, плохо пьет, на контакт реагирует плачем. Кожные покровы бледно-розового цвета, без сыпи, умеренной влажности. Тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, безболезненная. Носовое дыхание затруднено за счет слизисто-гнойного отделяемого. В ротоглотке умеренная гиперемия задней стенки глотки. Частота дыхания 30/мин. При аускультации дыхание пурильное, хрипов не слышно. Граница относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 138/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, болезненный, при пальпации в эпигастрии и околопупочной области. В приемном отделении наблюдалась повторная рвота и жидкий водянистый стул. Кожа вокруг ануса моцерирована. Стул жидкий, пенистый, водянистый без примеси крови. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочится часто. Общий анализ крови: эритроциты – 3800000 в литре, Hgb – 112гр/л., лейкоциты – 11000/л., палочкоядерных – 2%., сегментоядерных – 20%, эозинофилов – 3%, лимфоцитов – 50%, моноцитов – 10%, СОЭ – 19 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, прозрачность полная, pH- 6,0. Уд. Вес 1015, эпителий 0,1 в поле зрения, лейкоциты – 2-1 в поле зрения.Копрограмма : консистенция жидкая, цвет желтый, неоформленный. Лейкоцитов 0,1 в поле зрения. Детрит на +, нейтральный жир +++, бактериологическое исследование на кишечную группу отрицательное.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Острая кишечная инфекция, гастроэнтеретическая форма, средней степени тяжести(ротавирусная этиология?). На основании жалоб, повышения температуры, насморка, вялости, недомогания, снижения аппетита, появления жидкого стула 15 раз в сутки, повторных рвот, на основании анамнеза (острое начало заболевания) , объективных данных (синдром интоксикации,- повышение температуры до 38,4, вялости, недомогания, снижения аппетита; респираторно-катарального синдрома – носовое дыхание затруднено за счет слизисто-гнойного отделяемого, в ротоглотке умеренная гиперемия задней стенки глотки), болевой синдром – умеренно выраженные боли в животе с преимущественной локализации в

		околопупочной области; синдром вирусного гастроэнтерита – повторные рвоты, предшествующие диарее, жидкий, водянистый стул, а также лабораторных данных в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ до 19 мм/час.Копрограмма- стул водянистый, желтого цвета, без примесей.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените физическое развитие девочки
	-	Физическое развитие – рост низкий (3 – 10 перц.) , дефицит массы тела второй степени (3-10 перц.), развитие гармоничное в пределах 25-50 перц.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените копрограмму
	-	Стул жидкий, желтого цвета, патологических примесей нет, воспалительного синдрома нет. Есть синдром панкреатической недостаточности в виде нейтрального жира +++.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назовите вероятные причины и патогенез заболевания
	-	Наиболее частый возбудитель принадлежит к роду ротавирус. Свое название эти микроорганизмы получили из-за сходства с маленькими колесиками (от лат. слова колесо), что хорошо видно при электронной микроскопии. Ротавирусы проникают в эпителий тонкой кишки, причем преимущественно в эпителиоциты 12-перстной кишки и верхние отделы тощей кишки. Вирусная частица прикрепляется к рецепторам, расположенным только на зрелых дифференцированных клетках цилиндрического эпителия. Далее происходит внедрение и репликация вирусов в клетках эпителия. Процесс репликации вируса заканчивается гибель и слущиванием энтероцитов. Погибшие энтероциты замещаются высокодифференцированным кубическим эпителием. Функционально и структурно незрелых клетках имеется дефицит ферментов, и при ротавирусном гастроэнтерите это проявляется снижением уровня дисахаридаз, в первую очередь лактазы. Вторичная дисахаридазная недостаточность является пусковым моментом в формировании диарейного синдрома.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечебные и профилактические мероприятия
	-	Рекомендуется : дробное питание с увеличением кратности кормления и снижением объема пищи(до 50- 70 % от возрастной нормы).Назначается безлактозная смесь NAN, специфического лечения не существует, этиотропная противовирусная терапия не разработана, основные усилия должны быть направлены на восполнение потерь жидкости в организме и борьбу с интоксикацией. Инфузионная терапия: чередовать с питьем жидкости, сорбентов, смекты. Назначаются ферменты – крион 10000, при среднетяжелой форме противовирусная терапия – виферон(ректальные свечи).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Сердечно-легочная реанимация у детей : учебное пособие / Т. П. Мишина, В. М. Шайтор, В. А. Семкичев. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 56 с.
2. Педиатрия : национальное руководство: В 2 т. / ред. Г. Н. Буслаева. - : ГЭОТАР-Медиа : АСМОК, 2009. - (Национальные руководства). – Т. 1 / Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1017с., Т. 2 / О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксёнова [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1023 с.
3. Педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. А. А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427873.html
4. . Детские болезни Под ред. А.А.Баранова – М; ГЭОТАР – Мед. 2009 – 1008
5. .Детские болезни : учебник / Л. К. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова [и др.] ; ред. А.А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1006 + CDс. с.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

7. Детские болезни. Том 1. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122061.html

9. Детские болезни. Том 2. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122062.html

9.. Детское питание: Руководство для врачей/ Под ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М. МИА 2009 – 952с.

10. Запоры у детей: Руководство/И.Ю. Мельникова, В.П. Новикова – М:ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 144с. 11. Запоры у детей [Электронный ресурс] / Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412596.html 12. Запоры у детей [Электронный ресурс] : руководство / И. Ю. Мельникова, В. П. Новикова, Н. Б. Думова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432372.html
13. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей в двух книгах /Под ред. А.А.Баранова, Н.И. Володина, Г.А. Самсыгиной – М: Литтерра, 2007. Кн.1 – 1163с., кн.2 – 1087с.
Дополнительная литература:
1.Аллергология : сборник / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) ; ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - 2-е изд., испр. и доп. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 249 с. - (Сер. : Клинические рекомендации).
2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология – М.ГЭОТАР-МЕД 2009.- 192с. Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html
3. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. - М. ГЭОТАР МЕДИА 2007 – 230с. Туберкулез у детей и подростков [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В.А. Аксеновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404027.html
4. Баранов А.А. Кучма Р.В., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. – М: ГЭОТАР-МЕД 2008. 432с.
5. Вегетативная дисфункция у детей и подростков/ Ред Л.В. Козлова – М: ГЭОТАР-МЕД 2008 – 96с. (Серия "Актуальные вопросы медицины")
6. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб, Нестор-история, 2009. 252с.
7. ВИЧ-инфекция у детей: учебное пособие/Э.Н.Симованьян(и др.) – Ростов Н/Д: Феникс, 2010- 221с. (Серия "Медицина")

8. Детская гастроэнтерология. Руководство/ Т.Г. Авдеева и др. М: - ГЭОТАР-МЕД 2009 – 192с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

9.Детская кардиология : из книги "Педиатрия по Рудольфу" / Д. Вернстайн ; К. Рудольф ; пер. А. Н. Охотин, В. А. Ананич ; ред. Дж. Хоффман. - 21-е изд. - М. : Практика, 2006, М. : Практика, 2006. - 543 с.

10. Детские болезни. Учебник/ Под ред. А.А.Баранова 2-е изд. Исп. И доп. М. ГЭОТАР-МЕД 2009- 1008с.

Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

11. Детское питание. Руководство для врачей/ ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М: Медицинское информационное агентство 2009. – 952с..

Детское питание : руководство для врачей / ред. В. А. Тутельян, И.Я. Конь. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 743 с.

12.Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации. /Союз педиатров России • Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. 2017. – 68 с. - http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bronhast.pdf

13. Козлова Л.В. Вегетативная дисфункция у детей и подростков. – М.:ГЭОТАР-МЕД,2008 – 96 с

14. Кузник Б.И. Общая гематология. Гематология детского возраста: учебное пособие / Б.И. Кузник, О.Г. Максимова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 573 с.

15.Кукес В.Г. Врачебные методы диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-720 с.

Врачебные методы диагностики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Кукес В.Г., Маринина В.Ф. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5970402621.html.

16.Курек В.В., Кулагина А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей. М-: МедЛит.2008. 464с

17. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. – М.: ГЭОТАР, 2010. – 4872.

Гигиена детей и подростков [Электронный ресурс] : учебник / Кучма В.Р. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434987.html

18. Лисс В.Л. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/Под ред. Н.П.Шабалова// В.Л.Лисс, Ю.Л.Скородок, Е.В. Плотникова и др. – СПб.: «Питер», 2009. – 380 с.

19. Лозовой В.В., Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики. – М., 2011. – 448 с.

20. Миалл Л., Рудольф М., Левен М. Наглядная педиатрия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 176 с.

21. Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В. Детская и подростковая андрология. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.

22. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 560 с.

Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409756.html

23. Мутафьян О.А. Детская кардиология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 504 с.

Детская кардиология: руководство [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411018.html

24. Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: Руководство для врачей/Под ред. Н.Л. Черная, В.В.Шилкин. – СПб.: СпецЛит, 2009.- 352 с.

25. Кардиология: Новейший справочник педиатра / Н.В. Орлова, Т.В. Парийская. - СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003, СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003. - 624 с.

26. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей/ А.А.Баранов, Р.В.Кучма, Л.М.Сухарева.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 432 с.

27. Павлова М.В. Туберкулез у подростков (клиническая картина, лечение): учебное пособие; Последипломное медицинское образование. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 24 с.

28. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных: монография. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.

29. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход. – ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 192 с.

Детская нефрология. Синдромный подход. [Электронный ресурс] / Петросян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410295.html

30.Поликлиническая педиатрия. Под ред. А.С.Калмыковой М: ГОЭТАР-МЕД 2009 - 720с.

Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.С. Калмыковой - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419540.html

31. Пропедевтика детских болезней/Под ред. Н.А.Геппе, Н.С.Подчерняева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 464 с.

Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

32. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 832 с.6 ил.

Детская урология [Электронный ресурс] / Пугачев А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409718.html

33. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: руководство для практических врачей в двух книгах/ред. А.А.Баранова, ред. Н.Н. Володин, ред. Г.А. Самсыгина. – М.: Литтера. – 2007 кн. 1. – 1163 с. – (Серия «Руководства для практикующих врачей»)

34. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Руководство дляпрактических врачей в двух книгах/ ред. А.А.Баранов, ред. Н.Н.Володин, ред. Г.А.Самсыгина. – М.: Литтерра. – 2007 кн. 2. – 1087 с. (Серия «Руководства для практических врачей»)

35. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания [Электронный ресурс] / руководство для практикующих врачей / под общ. ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 872 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия). I М. : Литтерра, . - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500849.html

36. Российский национальный педиатрический формуляр/Под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 912 с.

Российский национальный педиатрический формуляр [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970410875.html

37. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/под ред. А.А.Баранова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 608 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410189.html

38. Руководство по детской эндокринологии: Пер. с англ./Под ред. Г.Д. Брук, С. Браун.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 352 с.

39. Руководство участкового педиатра/Под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 352 с.

Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / Т. Г. Авдеева - - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440902.html

40. Скрипченко Н.В. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей. М.: «АМЛ». 2006. – 560 с.

41. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практикеохраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с. http://portalsga.ru/data/2444.pdf

42. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. Изд.2-е, испр. и доп. – СПб.: Элби. 2006 – 320 с.

43.Уварова Е.В. Тарусин Д.Е. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков (для врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, урологов-адрологов М: Триада –Х, 2009- 232с.

44. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2007. – 688 с.

45. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 224 с.

Угрожающие состояния в педиатрии : экстренная врачебная помощь [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430002.html

46. Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 160 с.

Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Библиотека врача-специалиста). - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434895.html

47. Шабалов Н.П. Педиатрия. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 895 с.

Педиатрия : учебник для мед. ВУЗов / ред. Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 959 с. : табл. - (Учебник для медицинских вузов).

48. Шабалов Н.П. неонатология: в 2-х томах. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. –
т.1 – 763 с.,
т.2 – 768 с.

Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html

Неонатология : учеб. пособие : в 2 т Т. 2.[Электронный ресурс]. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - - 736 с. - : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html

49. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. Неотложная педиатрия (Краткое руководство).- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 156 с.

50. Эндокринология. Национальное руководство + CD/Под ред. И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 1150 с.

Эндокринология : Национальное руководство / Н. А. Абрамова, А. А. Александров, Е. Н. Андреева [и др.] ; ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013, Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1064 с., [6] л. цв. ил. с. : ил. - (Национальные руководства).

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426883.html

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html

Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444962.html

51. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. -3-е изд. – СПБ: Питер, 2008. – 272 с.

52. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html

53.Неонатология : в 2 т. Т. 1 и т.2 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ;пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева. — М. : БИНОМ.Лаборатория знаний, 2015. — 708 с. - https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179

54. Новорожденный ребенок [Электронный ресурс] : руководство / А.Н. Гансбургский [и др.] ; под ред. Черной Н.Л., Шилкина В.В.. — Электрон. дан. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2009. — 352 с -https://e.lanbook.com/book/59866.

55. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html т

Методические рекомендации и пособия

1.Питание детей раннего возраста : учеб. пособие для врачей / Ф. П. Романюк ; Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. - 5-е изд., доп. и перераб. - СПб. : [Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова], 2015. - 66 с.
2.Александрова В.А. Хронические запоры и их лечение в детском возрасте. – СПб.: СПб МАПО, 2001 – 20 с.
3.Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра (методическое пособие, гриф УМО), СПб, 2008, 70 с.
4.Александрова В.А., Рябчук Ф.Н., Красновская М.А. Клинические лекции по педиатрии.- СПб.: Изд-во «ДИЛЯ», 2004. – 576 с.
5.Желтухи у новорожденных детей : пособие для врачей / И. В. Александрович, И. М. Шатилло. _ СПб.: СПбМАПО, 2010. - 40 с.
6.Пищевая непереносимость у детей : пособие для врачей / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк, Л. Н. Пройда ; СПбМАПО. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб., 2007. - 68 с.
7.Бельгов А.Ю. Соединительнотканные дисплазии сердечно-сосудистой системы. Учебное пособие для врачей. – СПб: СПбМАПО, 2007. 48 с.
8.Запоры у детей: Руководство/Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.
9.Заболевания миокарда у детей : пособие для врачей / Е. А. Колмо, Н. В. Кузьмина ; СПбМАПО. - СПб., 2010. - 56 с.
10.Дисплазия соединительной ткани : Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. - 704 с.
11.Лоскучерявая Т.д., Медведев В.П., Чернова Л.А. Нарушения пищевого поведения у подростков. Учебное пособие. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. – 57 с.
12.Заболевания билиарного тракта у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение) : учебное пособие / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, И. В. Румянцева. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. - 94 с.
13.Пробиотики в практике педиатра (клинические примеры) / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 40 с.
14.Медицина здоровья. II. На перекрестке потоков информации : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. - 65 с.
15.Медицина здоровья. 1. Переходные состояния у детей : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 91 с.
16.Неотложная педиатрия : краткое руководство / В. М. Шайтор, И. Ю. Мельникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 160 с
Электронные ресурсы:
Портал Минздрава России по непрерывному образованию – http://eduminsdrav.ru
Регистр профессиональных стандартов- http://profstandart.rosmintrud.ru

Образовательный портал ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России-http://edu.szgmu.ru
Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU – http://elibrary.ru/project_orgs.asp
Федеральная медицинская электронная библиотека Минздрава России -www.femb.ru
Официальный сайт медицинской профессиональной некоммерческой организации (ассоциации) – http://gastro.ru
ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/ ЭМБ «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ЭБС «Издательство Лань» https://e.lanbook.com/ ЭБС «Букап» https://www.books-up.ru/ ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» http://www.bibliocomplectator.ru ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» https://ibooks.ru/
Библиотека СЗГМУ им. И.И.Мечникова http//libcat.czgmu.ru/

11. Материально-техническое обеспечение

Код специальности, направления подготовки	Наименование специальности, направления подготовки	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений* и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья
31.08.19	Педиатрия	Обучающий симуляционный курс	СПб, Пискаревский пр., д.47, пав. 26 (симуляционный центр), каб 6	Симулятор расширенной неотложной помощи (в комплекте с реанимационным набором)	Не приспособлено
			СПб, Пискаревский пр., д.47, пав. 26 (симуляционный центр), каб 10	Апполон, компьютерный робот-симулятор, вариант исполнения "Догоспитальный, базовый комплект, включая программную оболочку MUSE и VIVO"	Не приспособлено
			Учебная комната (ПИБ №131), Заневский пр. 1/82, 3-й этаж для проведения симуляционного обучения	FT Усовершенствованный полнофункциональный манекен годовалого ребенка для проведения сердечно-легочной реанимации и выполнения	Не приспособлено

				медсестринских манипуляций	
			Учебная комната (4 отделение, ДГБ №2 Святой Марии Магдалины, 14-я линия ВО, д. 57, 3-й этаж) для проведения практических анятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебный зал, (СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», Земледельческая ул., д.2, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебный зал (СПб ГБУЗ «ТМО №111 детская городская поликлиника №77, Ольховая д.2, 4 этаж»,	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2», Гладкова д.4, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (ДГБ №1, ул. Авангардная, 14, отделение функциональной диагностики, 2-й этаж) для проведения практических и семинарских занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Практическая подготовка клинического ординатора направлена на глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных.

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-детского кардиолога

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Обучающий симуляционный курс проводится преподавателями кафедры педиатрии и детской кардиологии путем решения ситуационных задач, в симуляционном классе кафедры и в аттестационно-обучающем симуляционном центре Университета - на манекенах.

Текущий контроль проводится в дискретные временные интервалы преподавателями кафедры и ответственным за подготовку ординаторов в следующих формах:

- контроль посещений;
- контроль объема выполненных манипуляций (по данным дневника).

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является зачет.

Результаты клинической практики в форме обучающего симуляционного курса ординатор защищает на зачете.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

Экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и инновационной деятельности

_____/А.В. Силин/

«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.19 Педиатрия
Форма обучения	ОЧНАЯ

Вид практики	Производственная практика (клиническая)
Тип практики	обучающий
Способ проведения практики	стационар
Объем практики (в зач.единицах)	49
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	1764

Санкт-Петербург - 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия, утверждённого в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденные приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители рабочей программы*:**

Романюк Федор Петрович, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, профессор, д.м.н.

Мельникова Ирина Юрьевна, зав. кафедрой педиатрии и кардиологии, профессор, д.м.н.

Пирогова Зинаида Ивановна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

Сидорова Татьяна Александровна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

***Рецензент*:** Никитина И.Л., д.м.н., профессор, заведующая кафедры педиатрии Федерального центра им. В.А. Алмазова

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии
(наименование кафедры)
« 5 » июня 2017 г. Протокол № 7

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики 4

2. Задачи практики 4

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы ..4

4. Формы проведения практики 5

5. Время и место проведения практики 5

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики 6

7. Структура и содержание практики 9

8. Формы отчетности и аттестации по практике 10

9. Фонд оценочных средств 11

9.1. Критерии оценки 11

9.2. Оценочные средства 11

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение 198

11. Материально-техническое обеспечение 205

12. Методические рекомендации по прохождению практики 206

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по педиатрии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-педиатра, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие способность и готовность:

- провести клиническое обследование ребенка разного возраста с заболеваниями внутренних органов
- оценить показатели физического развития, включая измерение массо-ростовых показателей, вычисления индексов физического развития
- оценить данные лабораторного, рентгенологического и инструментального, обследования ребенка;
- постановить диагноз с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)
- назначить ребенку адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным кардиологическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
- выполнить алгоритм основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях.
- проявить навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики
- эффективной командной работы
- анализа эффективности работы врача-педиатра в стационаре

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГСО ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами:

- Педиатрия
- Патология
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педагогика
- Неонатололгия
- Диетология здорового и больного ребенка
- Подростковая медицина

4. Формы проведения практики

Практика проводиться дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1-2 курсе

в СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса» (кардиологические койки в составе соматического отделения, дневной стационар в структуре АКЦ), СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины» (кардиоревматологическое отделение), СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1» (отделение кардиохирургии, отделение функциональной диагностики, отделение нефрологии), СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2».

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; - анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; - принципы наблюдения детей и подростков	обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний - собрать анамнез; провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп; -навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза.
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; - основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и	анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи ; - проводить	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп ; - методами физического самосовершенствования и самовоспитания

			подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях	с детьми, подростками и их родителями профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания	
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистичесой классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского и женского населения; -клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей, подростков; -современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий ; -принципы и методы оказания первой медицинской и при неотложных состояниях у детей и подростков;	-проводить физикальное обследование здорового и больного ребенка, - анализировать результаты рентгенологического обследования детей и подростков; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах детей и подростков; -обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний	-методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков ; -алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; -алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях. - навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования детей и подростков.
4	ПК-6	готовность к ведению	- классификацию и	- обосновать	- назначением

		и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи	основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные эффекты .	необходимость клинико-иммунологического обследования больного ребенка и подростка, анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения детей и подростков ; - разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных заболеваний и патологических процессов у детей и подростков
5	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов. - организацию и проведение реабилитационных мероприятий среди детей, подростков и взрослого населения . - механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов, показания	- использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	- использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;

			и противопоказания к их назначению		
6	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; -морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача	ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, особенно в отношении женщин и детей, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; - выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива.	навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики
7	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине.	пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности	навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; -базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Клиническое обследование детей различного возраста в стационаре, оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований	516	Проведение обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	Не менее 200
2	Назначение лечения (немедикаментозного и медикаментозного), оказание неотложной и экстренной	516	Назначение лечения детям при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и	Не менее 200

	медицинской помощи		безопасности	
3	Обучение и консультирование пациентов по вопросам укрепления здоровья	72	Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не менее 100
4	Оформление учетно-отчетной медицинской документации	108	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 200
5	Анализ деятельности отделения детского стационара	36	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	5
6	Организация взаимодействия с врачами-специалистами, со средним медицинским персоналом, с медицинскими и другими организациями, вовлеченными в процесс оказания медицинской помощи	516	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 200

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности по практике:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная аттестация в форме зачета

Промежуточная аттестация проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования, тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Тематика контрольных вопросов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю педиатрия.
2. Правила организации деятельности кабинета врача педиатраэ
3. Оценка эффективности и качества работы врача педиатра в детской поликлинике.
4. Страховая медицина и педиатрия.
5. Организация диспансеризации детей. Задачи и принципы организации диспансеризации

.

6. Какой признак наиболее точно отражает гестационный возраст доношенного и недоношенного ребенка?
7. Причины интерстициального нефрита. Клинические и лабораторные признаки.
8. Галактоземия. Диагностика, клиника, лечение.
9. Методы диагностики туберкулеза.
10. Показания для антибиотикотерапии при остром бронхите, остром обструктивном бронхите.
11. Бронхообструктивный синдром. Механизмы, лежащие в основе обструкции. Заболевания, сопровождающиеся БОС.
12. Болевые точки и симптомы, выявляемые при патологии желчевыводящих системы.
13. Клинические проявления микозов (кандидоза). Показания для обследования.
14. Тубулопатии. Какие заболевания относятся к этому понятию.
15. Ранняя анемия доношенных и недоношены детей . Причины.
16. Облитерирующий бронхиолит. Причины. Клиника. Прогноз. Методы лечения.
17. Какие изменения наблюдаются в копрограмме при секреторной недостаточности поджелудочной железы?
18. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Причины. Ведущие симптомы. Тактика врача на догоспитальном этапе.
19. Острая пневмония. Классификация. Клиника. Методы диагностики.
20. Принципы лечения острой пневмонии. Показания к госпитализации.
21. Формы врожденной дисфункции коры надпочечников.
22. Что характерно для высыпаний при кори? С какого дня высыпания больной корью считается незаразным?
23. Какой из перечисленных заболеваний является основной причиной внутриутробной задержки роста: врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм, адреногенитальный синдром, диабетическая фетопатия?
24. Рахит. Классификация. Клиническая симптоматика. Современные методы диагностики.
25. Типичный признак острого лейкоза при исследовании крови.
26. Иерсиниозы у детей. Формы. Клинические признаки псевдотуберкулеза.
27. Синдром Альпорта. Клиническая картина.
28. Диагностически значимые критерии лимфогранулематоза.
29. Отек Квинке. Клинические проявления. Лечение.
30. Что такое «синдром мальабсорбции» ?
31. Острый бронхиолит. Причины, клинические особенности. Лечение.
32. Классификация желтух новорожденных.

33.Основные клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности.
34.Основные причины лечения хронического колита.
35.Основной клинический признак острой сосудистой недостаточности. Врачебная тактика.
36.Гестационный возраст недоношенного, доношенного и переношенного ребенка. Какие показатели шкалы Апгар свидетельствуют о благополучном состоянии новорожденного, а какие указывают на тяжелую асфиксию?
37.Болезнь Шенлейн-Геноха. Клиника. Лечение.
38.ВИЧ-инфекция. Пути заражения у детей.
39.Методы диагностики хронических бронхолегочных заболеваний.
40.Бронхиальная астма. Классификация. Диагностика.
41.Особенности диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста.
42.Бронхиальная астма. Лечение в зависимости от степени тяжести.
43.Гипогликемические судороги. Клиника. Лечение.
44.Дифференциальный диагноз гипогликемической и диабетической комы.
45.Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется возникновением «ранних» болей в области живота сразу после приема пищи? Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется «поздними» и «голодными» болями в области живота?
46.Какие особенности свойственны детям с диабетической фетопатией? Чем отличается диабетическая фетопатия от неонатального диабета?
47.Клинические особенности аденовирусной инфекции.
48.Особенности язвенной болезни у детей. Возможные осложнения при язвенной болезни.
49.Диагностика первичных иммунодефицитных состояний.
50.До какого возраста сохраняются безусловные рефлексы Моро и сосательный? В каком возрасте ребенок удерживает голову лежа на животе и в вертикальном положении?
51.Особенности течения коклюша у привитых детей.
52.Мононуклеоз. Клиника. Диагностические критерии. Лечение.
53.О чем свидетельствуют появление в копрограмме большого количества нейтрального жира и жирных кислот?
54.Болевые точки, зоны и симптомы, выявляемые при патологии кишечника и при панкреатите.
55.Клинические варианты системных микозов у детей.
56.Дифтерия. Какая локализация дифтерии у детей является наиболее частой?
57.Обморок. Неотложная помощь.
58.Проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного у детей старшего возраста.
59.Скарлатина. Клинические проявления. Терапия.
60.Клинические различия гепатитов А, В, С.
61.Внутриутробные инфекции. Методы диагностики.
62.Лямблиоз. Лечение лямблиоза кишечника.
63.Характерные клинические признаки инородного тела бронха.
64.Показания для генетического консультирования. На основании каких симптомов можно предполагать хромосомные аномалии?

65. Характерные клинические признаки болезни де Тони-Дебре-Фанкони. Сроки манифестации заболевания. Лечение.
66. Антипиретическая терапия в амбулаторных условиях.
67. Основные диагностические критерии хронического гастродуоденита.
68. Коклюш. Клинические проявления, продолжительность спастического периода. Диагностика. Лечение.
69. Какое системное заболевание соединительной ткани чаще всего сопровождается нефритом?
70. Вскармливание детей первого года жизни. Сроки введения прикормов.
71. «Ранняя» и «поздняя» анемии недоношенных детей. Причины. Терапия.
72. Ателектаз. Диагностика. Ателектаз каких сегментов диагностировать труднее.
73. Клинические проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни. Причины.
74. Что значит доминантный и рецессивный типы наследования?
75. Лечение и профилактика рахита у доношенных и недоношенных детей.
76. Отличительные признаки микоплазменной инфекции.
77. Характерные признаки гемолитических желтух новорожденных. Тактика ведения детей с «затяжными желтухами». Может ли гемолитическая болезнь новорожденных появиться в возрасте 2-3х недель?
78. Клинические признаки гипотиреоза независимо от его формы и времени возникновения.
79. Диагностические критерии целиакии. Принципы лечения.
80. Что обозначает термин «часто болеющие дети»? Реабилитационные мероприятия.
81. Дисахаридазная недостаточность. Наиболее частая форма дисахаридазной недостаточности. Критерии диагностики.
82. Неонатальный скрининг. На какие заболевания проводится исследование?
83. Пограничные состояния новорожденных.
84. Формы гломерулонефрита. Что характерно для нефритического варианта гломерулонефрита?
85. Какая концентрация билирубина сыворотки крови у новорожденного доношенного ребенка создает угрозу развития билирубиновой энцефалопатии? Тактика ведения пациента.
86. Какие лабораторные данные дают основание для установления диагноза сахарного диабета?
87. Причины срыгиваний и рвот у детей грудного возраста.
88. При каких перечисленных патологических состояниях сниженный удельный вес мочи имеет диагностическое значение: хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, пиелонефрит, острый гломерулонефрит?
89. Какие заболевания могут протекать с клиникой рецидивирующего бронхита?
90. Пилороспазм и пилоростеноз. Дифференциальная диагностика.
91. Лабораторные признаки муковисцидоза. Основные методы лечения кишечной и смешанной форм муковисцидоза. Неонатальный скрининг.
92. Перечислите болевые зоны, точки, симптомы, выявляемые при УЗИ органов брюшной полости.
93. Как влияют гормоны щитовидной железы на обмен кальция в организме.

94. Наиболее достоверные признаки атрезии желчных ходов.
95. Клинические особенности гипоталамического ожирения. Какие причины вызывают развитие этого вида ожирения.
96. Основные направления лечения атопического дерматита
97. Аллергический ринит. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.
98. Показания для рентгенологического обследования при подозрении на острую пневмонию. В какие сроки Вы будете проводить рентгенологическое обследование
99. Какой клинический признак характерен для гипертонической формы дискинезиижелчевыводящих путей. Лечение дискинезии желчевыводящих путей.
100. Классы иммуноглобулинов. Какие классы иммуноглобулинов участвуют в первичном иммунном ответе. Какие иммуноглобулины проникают через плаценту.
101. Острый пиелонефрит. Основные клинические признаки пиелонефрита.
102. Анафилактический шок. Лечебная тактика.

Тестовые задания

Инструкция: выберите один правильный ответ

Правильный ответ выделен полужирным шрифтом.

Раздел аллергологии:

1.Что относится к антителам?

1. белки острой фазы
2. гликозаминогликаны
3. **иммуноглобулин А**
4. С реактивный белок

2.К иммунокомпетентным клеткам не относятся?

1. Т-лимфоциты
2. В лимфоциты
3. плазматические клетки
4. **эритроциты**

3.Плазматические клетки, непосредственно вырабатывающие антитела, образуются

1. **из В-лимфоцитов**
2. из нейтрофилов
3. из базофилов
4. из макрофагов

4.При аллергических процессах чаще всего изменяется уровень иммуноглобулинов

1. А
2. G
3. М
4. **Е**

.

5.К показателям гуморального иммунитета относятся

1. **иммуноглобулины A, M, G**
2. иммуноглобулины E
3. реакция бласттрансформации лейкоцитов
4. реакция розеткообразования

6..

К показателям клеточного иммунитета относится определение

1. Ig-глобулинов сыворотки крови
2. иммуноглобулинов A, M, G
3. **реакция бласттрансформации лейкоцитов**
4. интерферона

7.

Количество Т-лимфоцитов в периферической крови в норме колеблется в пределах

1. 15-20% общего числа лимфоцитов
2. 90-100% общего числа лимфоцитов
3. **60-80% общего числа лимфоцитов**
4. 20-30 % общего числа лимфоцитов

8.

Количество В-лимфоцитов в периферической крови в норме составляет

1. 40-60% от общего числа лимфоцитов
2. **15-23% от общего числа лимфоцитов**
3. 60-100% от общего числа лимфоцитов
4. 1-5% от общего числа лимфоцитов

9.

Информация об антигене передается лимфоцитами

1. от тромбоцитов
2. **от макрофагов**
3. от плазматических клеток
4. от базофилов

.

10Дефицит клеточного иммунитета проявляется всем, кроме

1. частых заболеваний вирусной этиологии
2. отставания в физическом развитии
3. грибковых заболеваний
4. **частых заболеваний микробной этиологии**

.

11Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего проявляется

1. грибковыми заболеваниями
2. **частыми заболеваниями микробной этиологии**
3. частыми вирусными заболеваниями
4. врожденными пороками развития

12.

Когда после антигенной стимуляции формируется собственно иммунологический ответ (выработка антител)?

1. через 49-96 часов

2. через 2 суток
3. **на 5-7 день**
4. через 14 дней

13.
К факторам неспецифической защиты не относятся
1. фагоцитоз лизоцим
2. интерферон
3. **лимфоциты**
4. система комплемента

14.
К факторам специфической защиты относятся
1. система комплемента
2. простагландины
3. **антитела**
4. С реактивный белок

15.
К иммунодефицитным состояниям относятся
1. синдром Альпорта
2. **синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)**
3. синдром Марфана
4. синдром де Тони-Дебре-Фанкони

16.
На внутриутробную инфекцию новорожденных 5-дней указывает
1. лейкоцитоз 10000 в мм3
2. **увеличение Ig M**
3. лимфоцитоз 50%
4. снижение Ig G

.
17.Кора надпочечников не выделяет
1. **норадреналин**
2. гидрокортизон
3. андрогены
4. альдостерон

18.
Воспаление может быть обусловлено
1. отложением в тканях иммунных комплексов
2. патологической микрофлорой
3. отложением в тканях кристаллов уратов
4. травмой

19.
В воспалительной реакции в меньшей степени участвуют
1. макрофаги
2. моноциты
3. тучные клетки

4. эритроциты

20.
В развитии воспаления меньшее значение имеет
1. гистамин
2. гепарин
3. серотонин
4. простагландины

21.
Каков механизм истинной аллергической реакции кроме одного?
1. увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. увеличенное выделение гистамина без выработки антител

22.
Каков механизм псевдоаллергической реакции?
1. выработка антител к аллергену
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. усиленная выработка (либерация) гистамина без выработки антител

23.
Что наиболее значимо в диагностике аллергической реакции I типа?
1. эозинофилия
2. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
3. повышенное содержание гистамина в моче
4. высокая концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови

24.
Что характерно для псевдоаллергической реакции?
1. высокая концентрация иммуноглобулина Е в крови.
2. **повышенное содержание гистамина в крови и моче**.
3. эозинофилия
4. ложноположительные кожные аллергопробы

25.
К предрасполагающим факторам развития пищевой аллергии относятся
1. наследственная предрасположенность
2. снижение уровня секреторного иммуноглобулина А
3. патология органов желудочно-кишечного тракта
4. употребление продуктов, несоответствующих возрасту у предрасположенных к аллергии детей.

26.
Назовите наиболее аллергенную ягоду среди перечисленных
1. черника
2. клубника
3. слива
4. крыжовник

27.
Назовите наиболее аллергенный овощ
1. кабачки
2. огурцы
3. капуста белокочанная
4. **помидоры**

28.
Какой из перечисленных фруктов не рекомендуется при пищевой аллергии
1. яблоки зеленого цвета
2. груши зеленого цвета
3. **абрикосы**
4. сливы

29.
Какие препараты являются базисными при лечении пищевой аллергии?
1. эуфиллин
2. **задитен, налкром, зиртек**
3. стугерон
4. супрастин

30.
Какое специфическое исследование необходимо для диагностики пищевой аллергии?
1. кожные пробы с пищевыми аллергенами
2. определение уровня общего Ig E в сыворотке крови
3. определение специфических антител к пищевым аллергенам
4. реакция дегрануляции тучных клеток с пищевыми аллергенами

31.
Какой сок не рекомендуется при пищевой аллергии?
1. **морковный**
2. сливовый
3. черничный
4. яблочный

32
Какие кожные формы могут быть связаны с пищевой аллергией?
1. крапивница
2. токсидермия
3. атопический дерматит
4. отек Квинке

33.
Какой тип аллергической реакции наиболее характерен для пищевой аллергии?
1. **1 тип-реагиновый**
2. 2 тип цитотоксический
3. 3 тип-иммунокомплексный
4. 4 тип-реакция замедленного типа

34.

Какой пищевой продукт чаще вызывает респираторную форму пищевой аллергии?

1. **рыба**
2. зеленый горошек
3. тыква
4. кабачки

35.

Укажите наиболее характерные симптомы атопического дерматита

1. зуд кожи
2. полиморфизм высыпаний
3. возрастная стадийность клинических симптомов
4. сухость кожных покровов

36.

Укажите продукт, не обладающий выраженным либераторным эффектом

1. клубника
2. **молоко**
3. шоколад
4. яйца

37.

Какой продукт реже способствует развитию пищевой аллергии?

1. молоко
2. куриное яйцо
3. рыба
4. **хлеб**

38.

Понятие «пищевая аллергия» включает в себя

1. **аллергическую реакцию на пищевые продукты**
2. токсическое действие пищевых продуктов
3. непереносимость пищевых продуктов
4. либераторное действие пищевых продуктов

39.

Какие специальные исследования необходимы для установления гастроинтестинальной формы пищевой аллергии?

1. анализ кала на копрологию
2. определение содержания общего Ig E в сыворотке крови
3. определение уровня секреторного Ig A
4. **все перечисленные**

40.

Какие лекарственные препараты редко вызывают лекарственную аллергию?

1. **антигистаминные препараты**
2. сульфаниламидные препараты
3. жаропонижающие препараты и анальгетики
4. антибиотики

41.

Укажите характерные симптомы токсидермии (кроме одного)

1. пятнисто-папулезные высыпания с легким шелушением на поверхности
2. симптомы интоксикации (лихорадка, артралгии)
3. гепатоцитолиз
4. **поражение слизистых оболочек**

42.

Укажите наиболее часто встречающиеся клинические формы аллергодерматозов при лекарственной аллергии (кроме одной)

1. многоморфная экссудативная эритема
2. синдром Стивенса – Джонсана, синдром Лайела
3. **себорейный дерматит**
4. крапивница

43.

Какие характерные симптомы имеет многоморфная экссудативная эритема у детей?

1. высыпания в виде отечных эритематозных пятен
2. симптомы интоксикации
3. поражения слизистых оболочек
4. мышечные боли

44.

Укажите наиболее характерные симптомы крапивницы у детей (кроме одного)

1. зуд кожи
2. **наличие экзематозного и лихеноидного синдромов**
3. высыпания в виде пятен и волдырей
4. артралгии

45.

Какие клинические формы относятся к наиболее тяжелым формам аллергодерматозов (кроме одной)?

1. синдром Стивена – Джонсона
2. синдром Лайелла
3. многоморфная экссудативная эритема
4. **дерматит Дюринга**

46.

Какая форма бронхиальной астмы наиболее часто встречается у детей?

1. **атопическая**
2. неаллергическая
3. астма напряжения
4. аспириновая астма

47.

Какие аллергены являются частой причиной атопической бронхиальной астмы (кроме одного)?

1. пыльцевые
2. пищевые
3. **бактериальные**
4. эпидермальные

48.

Какие признаки относят к аспириновой бронхиальной астме?

1. полипозный риносинусит.
2. бронхоспазм
3. сухие свистящие хрипы
4. связь развития приступов с НПВС

49.

Какие аллергены являются причиной поллинозов?

1. **пыльцевые**
2. белковые
3. пищевые
4. эпидермальные

50.

Назовите основные клинические формы поллинозов (кроме одной)

1. **аллергический альвеолит**
2. роноконьюнктивальные формы
3. бронхиальная астма
4. крапивница

51.

Назовите висцеральные формы поллинозов

1. арахноэнцефалит
2. аллергический цистит, уретрит
3. гепатит
4. синдром Меньера

52.

Какие препараты применяются в приступном периоде бронхиальной астмы (кроме одного)?

1. β-2 симпатомиметики (сальбутамол, вентолин)
2. эуфиллин
3. глюкокортикостероиды
4. **супрастин**

53.

Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей в сыворотке крови

1. увеличение содержания Ig A
2. **повышение уровня общего Ig E и специфических Ig E**
3. увеличенное содержание простагландина F
4. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

54.

Какие исследования подтверждают эозинофиллию, обусловленную атопией?

1. анализ кала на яйца глистов
2. определение содержания гистамина в крови и моче
3. **определение уровня общего Ig E**

4. определение концентрации Ig M

55.

Психоэмоциональные факторы могут вызвать астму напряжения посредством

1. выброса адреналина
2. **гипервентиляции и раздражения ирритантных рецепторов**
3. активацией блуждающего нерва
4. выброс ацетилхолина

56.

К необходимым исследованиям для дифференциальной диагностики гастроинтестинальной формы пищевой аллергии и кишечной инфекции относятся все перечисленные, за исключением

1. анализа кала на копрологию
2. анализа кала на кишечную группу
3. определения содержания Ig E в периферической крови
4. **ректороманоскопии**

57.

К факторам риска развития бронхиальной астмы относятся все перечисленные, за исключением

1. искривления носовой перегородки
2. селективного иммунодефицита Ig A
3. наследственной предрасположенности
4. **гиперхолестеринемии**

58.

Какие препараты являются базисными при лечении аллергического ринита?

1. антиконгестанты
2. антигистаминные препараты
3. **кромоны**
4. антибрадикининовые препараты

59

Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы легкой степени тяжести (персистирующей)?

1. ксантины пролонгированные
2. задитен
3. **кромоны**
4. ингаляционные кортикостероиды

60.

Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы средней степени тяжести?

1. ксантины
2. антигистаминные препараты II поколения.
3. системные кортикостероиды
4. **кромоны, недокромил натрия**.

61.

Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы тяжелой степени тяжести?

1. кромоны
2. β-агонисты длительного действия
3. М-холинолитики
4. **ингаляционные кортикостероиды, комбинированные препараты (ИГКС+ β-агонисты длительного действия)**

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

62.

Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно

1. задержка психомоторного развития
2. длительно существующая желтуха новорожденных
3. сухость кожи
4. **диарея**

63.

Для больного сахарным диабетом не характерно

1. жажда
2. учащенное мочеиспускание
3. похудание
4. **отеки**

64.

При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома не характерно

1. вялость
2. мышечная гипотония
3. **запоры**
4. срыгивания и рвоты

65.

У больных с врожденным первичным гипотиреозом наблюдается

1. брадикардия
2. повышение уровня ТТГ
3. снижение уровня Т3, Т4
4. гипохолестеринемия

66.

Для больного сахарным диабетом не характерно

1. жажда
2. полиурия
3. **экзофтальм**
4. расчесы на коже

67.

При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерны

1. гипонатриемия
2. гиперкалиемия
3. высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
4. алкалоз

68.

При врожденном не леченном первичном гипотиреозе не наблюдается

1. **<u>полиурия</u>**
2. пастозность тканей
3. крупный язык
4. сухость кожи
5.

69.

Неотложными мероприятиями при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома являются

1. введение внутримышечное гидрокортизона каждые 6-8 часов
2. введение физиологического раствора внутривенно капельно
3. введение ДОКСа внутримышечно 1-2 раза в сутки
4. введение 5% раствора глюкозы внутривенно

70.

При сахарном диабете 1 типа, диабетической гипогликемической коме не следует

1. вводить 40% раствор глюкозы
2. вводить подкожно 0,5-1,0 мл адреналина
3. накормить больного после выхода из комы
4. **<u>вводить инсулин</u>**

71.

Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечается дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень – 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз.

1. сахарный диабет
2. несахарный диабет
3. **<u>диабетическая кетоацидотическая кома</u>**
4. менингит

72.

У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение 111 степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление – 140/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз.

1. конституционально-экзогенное ожирение
2. **<u>гипоталамический синдром с нарушениями жирового обмена</u>**
3. церебральное ожирение
4. юношеский диспитуитаризм

73.

При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается все перечисленное, кроме:

1. гиперхолестеринемии
2. задержки дифференцировки костей скелета
3. остеопороза
4. **<u>полиурии</u>**

74.

Для подтверждение диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме

1. <u>гипербилирубинемии</u>
2. гипергликемии
3. глюкозурии
4. наличия ацетона в моче

75.

К признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидотическая кома», относятся все перечисленные, кроме

1. бессознательного состояния
2. шумного Куссмаулевского дыхания
3. сухой кожи
4. <u>обилия хрипов в легких</u>

76.

Девочка 10 лет. Ожирение 11 степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз.

1. <u>конституционально-экзогенное ожирение</u>
2. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
3. церебральное ожирение
4. синдром Лоуренса-Муна-Бидля

77.

При гипотиреозе педиатр должен

1. назначить самостоятельно лечение
2. <u>направить больного на консультацию к эндокринологу</u>
3. назначить диетотерапию
4. назначить повторный осмотр через полгода

78.

Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие

1. увеличение СОЭ
2. гиперкалиемии
3. низкого удельного веса мочи
4. <u>гипергликемии</u>
5.

79.

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме

1. гиперпигментации кожи
2. <u>желтушности кожи</u>
3. похудания
4. общей слабости

80.

При диабетической кетоацидозной коме обычно не наблюдаются

1. боли в животе
2. потеря сознания
3. запах ацетона

4. **<u>судороги</u>**

81.

Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) не характерно

1. **<u>повышение сахара в крови</u>**
2. полиурия
3. артериальная гипертензия
4. мышечная слабость

82.

У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы 111 степени. Кожа влажная, горячая. Экзофтальм. Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия. Артериальное давление – 140/60 мм рт ст. Установлен диагноз – «диффузный токсический зоб 111 степени, тяжелая форма».

1. **<u>диагноз верен</u>**
2. диагноз не верен
3. необходимо исключить опухоль мозга
4. необходимо исключить ревматизм

83.

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все признаки, кроме

1. снижения аппетита
2. **<u>повышения артериального давления</u>**
3. снижения артериального давления
4. сочетание этой болезни с туберкулезом

.

84.Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать все признаки кроме

1. наличия глюкозурии
2. **<u>лейкоцитоза</u>**
3. наличия ацетонурии
4. наличия гипергликемии

85.

Для болезни Иценко-Кушинга не характерно

1. **<u>артериальная гипотензия</u>**
2. неравномерное отложение жира
3. стрии
4. остеопороз и задержка роста

86.

У девочки 3 лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак – 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Предварительный диагноз.

1. почечная глюкозурия
2. **<u>инсулинозависимый сахарный диабет</u>**
3. несахарный диабет
4. нарушение толерантности к углеводам

87.

Применение мерказолила, пропранола и преднизолона показано

1. **при диффузно-токсическом зобе 111 степени тяжелой формы**
2. при гипотиреозе
3. при эутиреоидном увеличении щитовидной железы 111 степени, вегетососудистой дистонии
4. при сахарном диабете

88.

При хронической первичной надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) не характерно

1. понижение артериального давления
2. сниженный уровень кортизола в крови
3. **сниженный уровень АКТГ в крови**
4. похудание

89.

У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз.

1. церебрально-гипофизарный нанизм
2. болезнь Дауна
3. **синдром Шерешевского-Тернера**
4. конституциональная задержка полового и физического развития

90.

Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить

1. дообследование
2. **срочную госпитализацию в эндокринологическое отделение**
3. внутривенное введение 5% раствора глюкозы
4. лечение на дому

91.

Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно все перечисленное, кроме

1. **повышение сахара в крови**
2. понижение калия в крови
3. артериальной гипертензии
4. мышечной слабости

РАННИЙ ВОЗРАСТ

92.

На сколько см увеличивается рост доношенного ребенка к 1 году?

1. **25-30 см**
2. 10-15 см
3. 15-20 см
4. 20-25 см

93.
В каком возрасте полностью закрывается большой родничок?
1. 5-6 мес.
2. 6-9 мес.
3. 9-12 мес.
4. **9-18 мес.**

94.
В каком возрасте у большинства детей появляются молочные зубы?
1. 1-2 мес.
2. 4-6 мес.
3. **5-9 мес.**
4. 8-12 мес.
.

95.
Во сколько раз увеличивает к 1 году свою массу доношен. ребенок?
1. в 1,5 раза
2. в 2 раза
3. в 2.5 раза
4. **в 3 раза**

96:
На сколько кг увеличивается масса недоношенного ребенка к 1 году?
1. на 4-6 кг
2. **на 6-7 кг**
3. на 8-10 кг
4. на 10 кг

97.
У какого ребенка большие темпы прибавки длины?
1. доношенного
2. **недоношенного**
3. одинаковые
4. доношенного с задержкой внутриутробного развития
.

98.
Какова нормальная концентрация общего кальция в крови у детей?
1. 1,7-1,9 ммоль/л
2. **2,2-2,8 ммоль/л**
3. 3,0-3,5 ммоль/л
4. 5-10,0 ммоль/л

99.
Какова нормальная концентрация фосфора в крови у детей?
1. 0,5-0,8 ммоль/л
2. **1,1-1,6 ммоль/л**
3. 1,6-3,0 ммоль/л
4. 3,0-5,0 ммоль/л

100.

Какие показатели кальция и фосфора крови характерны для вит.Д дефицитного рахита в стадии разгара?

1. **кальций - норма, фосфор - снижен**
2. кальций и фосфор - снижен
3. кальций снижен, фосфор - высокий
4. кальций повышен, фосфор - в норме

101.

Какие показатели крови характерны для спазмофилии?

1. кальций - норма, фосфор - снижен
2. **кальций и фосфор - снижены**
3. кальций - снижен, фосфор - высокий
4. кальций повышен, фосфор в норме

102.

Какие показатели крови характерны для первичного гипопаратиреоза?

1. кальций - норма, фосфор - снижен
2. кальций и фосфор - снижены
3. **кальций снижен, фосфор - высокий**
4. кальций повышен, фосфор - норма

103.:

Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе, следует считать

1. микросфероцитоз у ребенка
2. **обнаружение иммуных антител анти-А и анти-В в крови матери**
3. наличие у матери группы крови О, у ребенка – А (II) или В (III)
4. положительную прямую реакцию Кумбса

:

104.Каковы причины снижения кальция в сыворотке крови при рахите?

1. **вторичный гипопаратиреоидизм**
2. недостаток тиреокальцитонина
3. повышение окситоцина
4. гиподинамия

105.

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течении

4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать?

1. о сепсисе
2. **о гипотиреозе**
3. о АВО-гемолитической болезни
4. о пилоростенозе

106.

Какая система максимально поражается при рахите?

1. **костная**
2. пищеварительная
3. мочевыделительная
4. нервная

107.
Для каких заболеваний характерен синдром мышечной гипотонии?
1. рахит
2. гипотиреоз
3. **болезнь Верднига-Гоффмана**
4. атонически-астатическая форма ДЦП

108.
Что характерно для фосфат - диабета?
1. **гипофосфатемия**
2. гипокальциемия
3. гипокалиемия
4. гиперфосфатемия

109.
Чем характеризуется фосфат - диабет?
1. нарушениями в метаболизме вит.Д
2. снижением уровня паратгормона
3. **нарушением реабсорбции фосфатов в почечных канальцах**
4. снижением уровня тиреокальцитонина

110.
Гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе антигенов наблюдают
1. только у зрелых доношенных детей
2. только у детей от повторной беременности
3. у детей с группой крови О (I)
4. **чаще у детей с группой крови А (II) от матерей с О (I) группой крови**

111.
Какой вид деформации ног характерен для почечно-тубулярного ацидоза?
1. варусная
2. **вальгусная**
3. саблевидная
4. с рекурвацией суставов

112.
Какая деформация костей ног характерна для врожденного сифилиса?
1. варусная
2. вальгусная
3. **саблевидная**
4. с рекурвацией суставов

113.
Прямая гипербилирубинемия у новорожденного характерна

1. **<u>для атрезии желчных путей</u>**
2. для гемолитической болезни новорожденного
3. для коньюгационной желтухи типа Люцея
4. для микросфероцитарной анемии

114.

Какой метод профилактитки Д-дефицитного рахита используется в цивилизованных странах ?

1. **<u>метод дробных доз</u>**
2. метод фракционного воздействия
3. метод ударных доз
4. смешанный метод

115.

Какова профилактическая суточная доза вит.Д для доношенного ребенка?

1. 250 МЕ
2. **<u>500 МЕ</u>**
3. 750 МЕ
4. 1000 МЕ

116.

Какие лечебные дозы вит.Д используются при рахите?

1. в зависимости от степени рахита
2. **<u>2-5 тыс. МЕ в сутки</u>**
3. 5-10 тыс. МЕ в сутки
4. 10-20 тыс. МЕ в сутки

117.

Какие профилактические дозы вит.Д используются для недоношенных детей?

1. **<u>500-2000 МЕ в сутки</u>**
2. 200-400 МЕ в сутки
3. 400-500 МЕ в сутки
4. 2000-4000 МЕ в сутки

118.

Какие профилактические дозы вит.Д назначают детям, получающим фенобарбитал?

1. 200 МЕ
2. 500 МЕ
3. **<u>1000 МЕ</u>**
4. 2000 МЕ

119.

Какие нарушения электролитного обмена характерны для почечно-тубулярного ацидоза ?

1. кальция
2. хлора
3. **натрия**
4. калия

120

Из перечня заболеваний, сопровождающихся судорогами у новорожденных, следует исключить

1. внутричерепное кровоизлияние
2. гипогликемию
3. менингит
4. **Д-дефицитный рахит**

121.

Какие нарушения в физическом развитии характерны для детей с почечно-тубулярным ацидозом ?

1. ожирение
2. высокий рост
3. **отставание в росте**
4. нормальное физическое развитие

122.

Что характерно для почечно-тубулярного ацидоза?

1. **полиурия**
2. никтурия
3. олигурия
4. дизурия

123.

Какие средства используются в терапии почечно-тубулярного ацидоза?

1. **средства, уменьшающие метаболитич.ацидоз**
2. гормональные средства
3. цитостатики
4. антигистаминные средства

124.

Что характерно для болезни Де-Тони-Дебре-Фанкони ?

1. отставание в физическом развитии
2. отставание в психическом развитии
3. костные деформации
4. **периодические подъемы температуры без видимых причин**

126.

Какие изменения отмечаются в моче при болезни Де-Тони- Дебре-Фанкони ?

1. **глюкозурия**
2. гипераминоацидурия
3. фосфатурия
4. гипернатрийурия

127.

Каковы показатели красной крови при легкой степени анемии у ребенка 3-х лет?

1. **Г 110-91 г/л; Э 3,5-3*(10 в 12 ст.)**
2. Г 115-120 г/л; Э 4-4,2*(10 в 12 ст.)
3. Г 90-70 г/л; Э 3-2,5*(10 в 12 ст.)
4. Г ниже 70 г/л; Э ниже 2,5*(10 в 12 ст.)

128.
Каковы причины развития железодефицитной анемии у доношенных детей?
1. быстрые темпы роста
2. дефицит запасов железа
3. нарушение утилизации железа
4. дефицит железа в питании

129.
Одной из причин развития ранней анемии недоношенных является?
1. дефицит железа
2. **дефицит вит.Е**
3. дефицит марганца
4. дефицит вит.В12

130.
Не наблюдают у матери повторного рождения детей с признаками врожденного заболевания
1. краснухой
2. **токсоплазмозом**
3. цитомегалией
4. герпесом

131.
Что является показанием для парентерального введения железа при железодефицитной анемии ?
1. анемия недоношенного
2. **синдром нарушенного всасывания**
3. анемия у ребенка с пневмонией
4. хлороз

132.
Какие продукты ухудшают утилизацию железа?
1. **мучные**
2. овощи
3. соки
4. фрукты

133.
Какими расстройствами сопровождается хронический дефицит витамина А?
1. ксерофтальмией
2. **поражением кожи и слизистых**
3. задержкой умственного развития
4. частыми респираторными заболеваниями

134.
Какие нарушения кроме задержки психомоторного развития характерны для фенилкетонурии?
1. желудочное кровотечение
2. **экзема, дерматиты**
3. катаракта

4. выпадение прямой кишки

135.
Какими проявлениями характеризуется дефицит витамина B_1?
1. **поражением периферической нервной системы**
2. поражением костной системы
3. носовыми кровотечениями
4. поражением лимфоидной системы

136.
Дефицит какого витамина вызывает развитие пеллагры?
1. тиамина
2. рибофлавина
3. **никотиновой к-ты**
4. пиридоксина

137.
При дефиците какого вещества встречаются судороги?
1. **витамина В6**
2. аскарбиновой кислоты
3. витамина Е
4. меди

138.
Чем обусловлена акродермальная энтеропатия ?
1. дефицитом меди
2. **дефицитом цинка**
3. аллергическим процессом
4. дефицитом никотиновой кислоты

139.
Каким клиническим проявлением характеризуется метаболический ацидоз у детей раннего возраста?
1. **тахипное**
2. брадикардия
3. анемия
4. экзема

140.
При аутосомно-доминантном типе наследования заболевание проявляется:
1. **в гетерозиготном состоянии**
2. в гомозиготном состоянии
3. у мужчин
4. у женщин

141.
Каков тип наследования при муковисцидозе?

1. аутосомно-доминантный
2. **аутосомно-рецессивный**
3. доминантный сцепленный с Х-хромосомой
4. рецессивный сцепленный с Х-хромосомой

142.
Какое из перечисленных заболеваний имеют рецессивный тип наследования, сцепленный с Х-хромосомой?
1. фосфат-диабет
2. муковисцидоз
3. галактоземия
4. **гемофилия А**

143.
Каковы основные клинические проявления синдрома Шерешевского-Тернера в раннем возрасте?
1. частые инфекционные заболевания
2. **отставание в росте**
3. повышенная кровоточивость
4. судороги

144.
При каком заболевании встречается микроорхидизм?
1. синдроме Дауна
2. **синдроме Клайнфельтера**
3. синдроме Ди-Джорджа
4. синдроме Эллерса-Данлоса

145.
Трисомия по какой хромосоме характерна для болезни Дауна?
1. 15 хромосоме
2. **21 хромосоме**
3. 23 хромосоме
4. 11 хромосоме

146.
На какой хромосоме наиболее часто локализуется ген муковисцидоза?
1. **7 хромосома**
2. 11 хромосома
3. 21 хромосома
4. 5 хромосома

147.
Чем отличается синдром НУНАН от синдрома Шерешевского-Тернера?
1. **неизмененным кариотипом**
2. отсутствием нанизма
3. отсутствием крыловидной складки
4. задержкой в речевом развитии

148.

Непереносимость каких компонентов отмечается при целиакии?
1. **белков злаков**
2. углеводов злаков
3. клетчатки злаков
4. жиров злаков

149.
Какие продукты необходимо исключить при целиакии?
1. овощи
2. жирные продукты
3. продукты из кукурузы
4. **продукты из пшеницы, ржи, ячменя и овса**

150.
Какую молочную смесь можно рекомендовать использовать при лактазной недостаточности?
1. энфамил
2. малыш
3. семилак
4. **нутрисоя**

151.
В каких продуктах содержится лактоза ?
1. **молоке**
2. мясе
3. сое
4. орехах

152.
Одним их основных проявлений галактоземии является?
1. **катаракта**
2. микроцефалия
3. гипогонадизм
4. брахидактилия

153. В каком случае открытый артериальный поток считает аномалией у доношенных детей?
1. если функционирует более 1-2 дней
2. **если функционирует более 2 недель**
3. если функционирует более 1 недели
4. если функционирует более 2 часов

154.
Каковы нормальные цифры АД для ребенка 1 года?
1. **80/50 мм.рт.ст.**
2. 100/60 мм.рт.ст.
3. 120/60 мм.рт.ст.
4. 60/20 мм.рт.ст.

155.
Какие дефекты характерны для тетрады Фалло?

1. гипертрофия правого желудочка
2. дефект межжелудочковой перегородки
3. декстрапозиция аорты
4. стеноз легочной артерии

156.
Вирусы герпетической группы вызывают следующие заболевания, кроме
1. кератоконъюнктивита
2. афтозного стоматита
3. <u>герпангины</u>
4. цитомегалии

157.
Для каких пороков сердца характерна артериальная гипертония?
1. стеноз легочной артерии
2. **<u>коартации аорты</u>**
3. ДМЖП
4. открытый артериальный проток

158.
Для какого врождённого порока сердца характерны обмороки?
1. открытого артериального протока
2. стеноза аорта
3. ДМЖП
4. ДМПП

159.
В каком возрасте наиболее часто встречаются неревматические кардиты?
1. до 1 месяца
2. до 6 месяцев
3. 6мес.- 3 года
4. 3 - 6 лет

160.
Какие этилогические факторы являютя основной причиной неревматических кардитов?
1. стафилококк
2. стептокок
3. **<u>энтеровирусы</u>**
4. грипп

161.
Какой главный диагностический признак неревматических кардитов?
1. правожелудочковая недостаточность
2. **<u>левожелудочковая недостаточность</u>**
4. судороги

162.
Какой из перечисленных симптомов не типичен для гиалиновых мембран у новорожденных?

1. цианоз
2. одышка
3. **отсутствие дыхательной недостаточности**
4. ацидоз
5.

163.

Из какого расчета назначается доза насыщения дигоксина при неревматических кардитах у детей 1-го года жизни?

1. **0,03 мг/кг - 0,05 мг/кг**
2. 0,01 мг/кг - 0,03 мг/кг
3. 0,076 мг/кг
4. 0,1 мг/кг

164.

Что характерно для гипертрофической кардиопатии?

1. **гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки**
2. гипертрофия правого желудочка
3. гипертрофия правого предсердия
4. гипертрофия левого предсердия

165.

Наиболее характерным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является

1. микроцефалия
2. атрофия зрительного нерва
3. гепатомегалия
4. **обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM**

166.

Что характерно для левожелудочковой недостаточности?

1. **одышка**
2. увеличение печени
3. отеки на нижних конечностях
4. патологическая прибавка в весе

167.

Что характерно для правожелудочковой недостаточности?

1. одышка
2. **увеличение печени**
3. цианоз
4. тахикардия

168.

Какой из лабораторных показателей у новорожденного ребенка с большой достоверностью указывает на ВУИ?

1. **увеличение IgM**
2. увеличение IgG
3. лейкоцитоз – 20000 в мм3
4. нейтрофилез 80%

169.

Где выслушивается шум при коартации аорты?
1. на верхушке сердца
2. **<u>в межлопаточном пространстве</u>**
3. на основании сердца
4. в левой аксиллярной области

170.
Какой препарат уменьшает уровень непрямого билирубина сыворотки крови?
1. **<u>люминал (фенобарбитал)</u>**
2. магнезия
3. преднизолон
4. аскорбиновая кислота

171.
Гипертрофия какого отдела сердца наблюдается при открытом артериальном протоке?
1. **<u>гипертрофия левого желудочка</u>**
2. гипертрофия правого желудочка
3. гипертрофия межжелудочковой перегородки
4. гипертрофия правого предсердия

172.
Что является показанием к экстренной хирургической операции при открытом артериальном протоке?
1. недостаточность кровообращения, не купирующаяся медикаментозными средствами
2. прогрессирующая легочная гипертензия
3. **рецидивирующая пневмония**
4. стойкое отставание в физическом развитии

173.
К реактивным состояниям новорожденных относят перечисленные симптомы, кроме
1. физиологической эритемы
2. милии
3. **<u>мелены</u>**
4. вагинального кровотечения

174.
Множественные истинные пороки развития характерны
1. для энзимопатии
2. **<u>для эмбриопатии</u>**
3. для фетопатии
4. для патологии неонатального периода

.

175.
Какие лекарственные препараты используют для закрытия артериального протока?
1. дроперидол
2. обзидандол

3. **индометацин**
4. дигоксин

176.
Какие средства относятся к кардиотрофикам?
1. **рибоксин**
2. фурасемид
3. обзидан
4. клафоран

176.
Какие симптомы характерны для острого экссудативного перикардита?
1. **глухие тоны сердца**
2. наличие функционального систолического шума
3. на рентгенограмме тень сердца в виде «башмака»
4. на ЭКГ – гипертрофия левого желудочка

177.
Какие заболевания необходимо исключить при артериальной гипертонии у детей раннего возраста?
1. стеноз почечных артерий
2. коарктацию аорты
3. патологию почек
4. гипертрофию щитовидной железы

178.
Что характерно для синдрома Вольф-Паркинсон-Уайта ?
1. **приступы тахикардии**
2. приступы брадикардии
3. асистолия
4. сино-атриальная блокада

179.
Что является признаками внутрипредсердной блокады?
1. **увеличение продолжительности зубца Р**
2. увеличение амплитуды зубца Р
3. уширение комплекса QRS
4. удлинение интервала QT

180.
Что является признаком гипокалиемии на ЭКГ?
1. расширение комплекса QRS
2. увеличение Р в 1 отведении
3. **уплощение или инверсия зубца Т**
4. увеличение продолжительности зубца Р

181
Что характерно для гиперкалиемии на ЭКГ?
1. укорочение интервала QT
2. удлинение интервала PQ

3. **высокий зубец Т**
4. уплощение зубца Т

182.
Что характерно для синдрома удлинения интервала QT?
1. **синкопальные состояния**
2. боли в животе
3. гематурия
4. полиурия

183.
Что является признаками перегрузки правого предсердия?
1. низковольтажная ЭКГ
2. снижение Р в 1,2 отведениях
3. **высокий, острый Р во 2,3 отведениях**
4. удлинение ОТ

184.
Что является признаками гипокальциемии на ЭКГ?
1. отрицательный Т
2. **удлинение QT**
3. высокий Р в 1,2 отведениях
4. высокий Р в 2,3 отведениях

185.
Каковы нормальные показатели РН крови?
1. **7,35 - 7,45**
2. 7,25 - 7,35
3. 7,15 - 7,25
4. 7,45 - 7,55

ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ.

186.
В каком возрасте чаще встречается бронхиолит:
1. 0 - 1 мес.
2. 3 - 6 мес.
3. **0 - 2 года**
4. 6-7 лет

187.
Какие формы пневмонии чаще встречаются в грудном возрасте?
1. **очаговая**
2. сегментарная
3. крупозная
4. интерстициальная

188
Что является основным диагностическим критерием бронхиолита?
1. **дыхательная недостаточность**
2. интоксикация
3. локальная симптоматика
4. инспираторная одышка

189.

Достоверным признаком врожденной цитомегалии является

1. микрофтальм и хориоретинит
2. кальцификаты в веществе мозга
3. остеопороз
4. **обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе**

190.

Какие антибактериальные средства наиболее эффективны при пневмококковой этиологии пневмонии?

1. **пенициллины**
2. карбенициллин
3. гентамиццин
4. оксациллин

191.

Какие этиологические факторы вызывают интерстициальную пневмонию?

1. пневмококк
2. клебсиелла
3. **пневмоциста**
4. стрептококк

192.

Чем может осложниться очагово-сливная форма пневмонии?

1. ателектазом
2. **деструкцией**
3. туберкулезом
4. стридором

193.

Основная причина физиологической желтухи новорожденного?

1. гемолиз
2. **недостаточная глюкуронизация**
3. сгущение крови
4. холестаз

194.

Что является риском деструктивной пневмонии?

1. **очаговосливной инфильтрации на R-грамме**
2. выраженная дыхательная недостаточность
3. боль при дыхании
4. сегментарная инфильтрация

195.

Проявлением каких заболеваний может быть обструктивный бронхит?

1. **муковисцидоза**
2. целиакии

3. синдрома Альпорта
4. галактоземия

196.
Что характерно для бронхолегочной дисплазии?
1. **дыхательная недостаточность**
2. интоксикация
3. очаговая инфильтрация
4. боль при дыхании

197.
Какова основная этиологическая причина бронхиолита?
1. пневмококк
2**. респираторно-синтициальный вирус**
3. вирус гриппа
4. кишечная палочка

198.
Какие этиологические факторы вызывают односторонний (локальный) бронхит?
1. вирус респ. инфекции
2. **микоплазма**
3. вирус гриппа
4. эктеровирус

199.
Какие препараты обладают муколитическим действием?
1. тусупрекс
2. **бромгексин**
3. кодеин
4. эфедрин

200
В каком возрасте чаще бывает заглоточный абсцесс?
1. до 1 года
2. **до 3 лет**
3. до 6 лет
4. 6-10 лет

201.
В каком возрасте чаще встречается стенозирующий ларинготрахеит?
1. до 3 мес.
2. от 3-6 мес.
3. **от 6 мес. до 2 лет**
4. с 2 - 6 лет

202.
Что характерно для стенозирующего ларинготрахеита?
1. **инспараторная одышка**
2. экспираторная одышка
3. битональный кашель
4. смешанная одышка

203
При каком заболевании наблюдается периорбитальный отек?
1. аденоидите
2. гипертрофии аденоидов
3. **этмоидите**
4. гайморите

204.
Какова этиология острого стоматита у детей?
1. **вирус простого герпеса**
2. стафилококк
3. стрептококк
4. энтерококк

205.
Какие лекарственные препараты оказывают антигиперпетический эффект?
1. **ацикловир**
2. трихопол
3. атровент
4. силибор

206.
Что является показанием для аденотомии?
1. снижение слуха
2. расстройства речи
3. частые отиты
4. гипертрофия аденоидов III степени

207.
Что характерно для пилоростеноза?
1. метаболический ацидоз
2. **метаболический алкалоз**
3. гиперкалимия
4. гиперкальциемия

208.
Какое лечение используют при пилороспазме?
1. хирургическое лечение
2. **спазмолитические средства**
3. адреноблокаторы
4. биопрепараты

209.
Какие из перечисленных препаратов относятся к группе холинолитиков?
1. **платифилин**
2. папаверин

3. аминазин
4. но-шпа

210.
Какие исследования необходимо провести для подтверждения диафрагмальной грыжи?
1. рентгенограмма органов грудной клетки
2. **рентгенограмма органов грудной клетки с контрастированием пищевода и желудка**
3. колоноскопия
4. ректороманоскопия

211.
С какой патологией сочетается гематурический наследственный нефрит?
1. гепатомегалия
2. **глухота**
3. пороки сердца
4. страбизм

2 12.
Каков наиболее частый возбудитель инфекций мочевых путей?
1. пневмококк
2. **кишечная палочка**
3. кампилобактерии
4. вирус гриппа

213.
Что характерно для острого гломерулонефрита?
1. гематурия
2. гипертензия
3. отеки
4. повышение глобулинов в протеинограмме

214.
Что характерно для острого цистита?
1. **гематурия**
2. гипертензия
3. отеки
4. рвота

215.
Каковы причины интерстициального нефрита?
1. вирусная инфекция
2. пищевая и лекарственная аллергия
3. метаболические расстройства
4. лекарственное поражение

216.
Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием
1. охлаждения
2. недостаточного питания
3. **чрезмерной кислородотерапии**

4. гипоксии

217.
Какое из перечисленных веществ является незаменимым в питании ребенка?
1. **линолевая кислота**
2. глюкоза
3. крахмал
4. гликоген

218.
Какие мочегонные средства являются калийсберегающими?
1. фурасемид
2. урегид
3. **верошпирон**
4. гипотиазид

219.
Какой гормон наиболее значимо влияет на образование молока в грудной железе?
1. соматотропный гормон
2. **пролактин**
3. окситоцин
4. адренокортикотропный гормон

220.
Какой гормон обеспечивает выделение молока из молочной железы?
1. кальцитонин
2. пролактин
3. **окситоцин**
4. глюкагон

221.
. В первую очередь страдает при белковом голодании?
1. мышечная ткань
2. **кишечник**
3. эндокринная система
4. кожа

222. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается
1. у зрелого новорожденного
2. **недоношенного**
3. новорожденного с асфиксией
4. с пороком сердца

223.
Какой из симптомов не характерен для врожденного гипотиреоза?
1. макроглоссия
2. пролонгированная желтуха
3. наклонность к гипотермии
4. **преждевременное закрытие большого родничка**

224.

Какой класс антител, поступающий с грудным молоком матери наиболее значимый?

1. IG E
2. IG G
3. **SIG A**
4. IG M

225.

При каком патологическом состоянии нельзя проводить вакцинацию живой вакциной?

1. у часто болеющих детей
2. с неврологическими расстройствами
3. **иммунодефицитное состояние**
4. пищевая аллергия

226.

Какова частота кормления грудью на 1-м мес. жизни ребенка?

1. 5 раз
2. 8 раз
3. **по требованию**
4. 6 раз в сутки

227.

На каком месяце жизни вводится " тестирующий прикорм "?

1. в 3-мес.
2. в 3,5-4 мес.
3. **в 4,5-5 мес.**
4. в 5,5-6 мес. жизни

228.При каком варианте адреногенитального синдрома необходимо проводить неотложную терапию?

1. **с потерей солей**
2. без потери солей
3. с признаками ранней маскулинизации (у девочек)
4. с признаками преждевременного полового созревания (у мальчиков)

229.

При использовании какой вакцины встречаются такие осложнения, как холодный абсцесс, регионарные лимфадениты, келоидные рубцы?

1. вакцина кори
2. АКДС-вакцина
3. вакцина полиомиелита
4. **вакцина БЦЖ**

230.

При использовании какой вакцины встречаются такие осложнения, как инфильтрат абсцесс, гипертермия, интоксикация, энцефалические реакции, аллергические реакции?

1. вакцина БЦЖ
2. вакцина полиомиелита
3. **АКДС-вакцина**
4. вакцина кори

231.

Наличие приступа судорог в анамнезе является основанием для постоянного освобождения ребенка от какой вакцины?

1. АС-анатоксина
2. **АКДС-вакцины**
3. полиомиелитная вакцина
4. БЦЖ-вакцина

.

232.

Диагноз муковисцидоза подтверждает?

1. рентгенограмма грудной клетки
2. биопсия тонкого кишечника
3. проба с Д-ксилозой
4. определение электролитов пота

.

233.При каком заболевании признаки мужского пола у ребенка можно трактовать как фенокопию?

1. истинном гермафродитизме
2. болезни Шерешевского – Тернера
3. **адреногенитальном синдроме**
4. синдроме Клайнфельтера

234.

Супруги гетерозиготны по D (резус)-фактору. Какой вариант расчета резус-фактора возможен в случае однояйцевой двойни?

1. **оба ребенка могут быть резус-положительными и гомозиготны по резус-фактору**
2. один из близнецов резус-отрицательный, другой положителен и гомозиготен по резус-фактору
3. оба близнеца резус-положительны, один гомо-, другой гетерозиготен
4. оба резус-отрицательны, один гомо-, другой гетерозиготен

235.

У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Какой показатель наиболее важен для генетической консультации?

1. **возраст матери**
2. генотип отца
3. состояние здоровья матери
4. повышенный радиационный фон

236.

В каких случаях можно ожидать легкий вариант гемолитической болезни по резус-фактору?

1. отец ребенка гомозиготен по резус-фактору
2. **бабушка со стороны матери резус-положительна**
3. группа крови матери и ребенка совпадает
4. матери ребенка в детстве переливали кровь

237.

В какие сроки после введения вакцины АКДС возникают аллергические реакции?

1. в первые часы после вакцинации.
2. 1-3 дня
3. 4-6 дней
4. 7-8 дней

238.

В какие сроки после введения вакцины АКДС чаще всего развиваются токсические реакции?

1. **в первые 3 дня**
2. через 7 дн.
3. через 10 дн.
4. через 14 дн.

.239.

Какова продолжительность токсических реакций после введения вакцины АКДС?

1. **1-3 дня**
2. 4-6 дней
3. до 7 дней
4. до 10 дн.

240.

Какая группа заболеваний преобладает у детей?

1. хромосомные
2. генные (энзимопатии)
3. **болезни с наследственным предрасположением**
4. врожденные инфекции (токсоплазмоз, цитомегалия)

241.

Для какого заболевания специфичен синдром расщепления губы и мягкого неба?

1. синдрома Беквита – Видемана
2. трисомии G
3. синдрома Прадера – Вилли

4. **трисомии D (синдром Патау)**

242.
Какой ребенок считается недоношенным?
1. с 30-38 недели беременности
2. **родившийся на 28-37 нед. беременности**
3. родившийся на 38-41 нед. беременности
4. родившийся на 42 и более неделе

243.
Какие показатели являются критерием степени недоношенности?
1. масса тела
2. длина тела
3. окружность головы
4. **гестационный возраст**

244.
Для синдром Эдвардса (трисомия 18-хромосомы) характерен следующий симптом?
1. прогнатия
2. омфалоцеле
3. макросомия
4. **атипичное положение пальцев рук**

245.
Для синдрома портальной гипертензии характерно?
1. гипогликемия
2. изолированная гепатомегалия
3. одышка, цианоз
4. **расширение вен пищевода, передней брюшной стенки**

.
246. Внутрипеченочный холестаз развивается в результате угнетения ферментов (оксидаз)
1. стероидными гормонами
2. **вирусами (при ОРВИ)**
3. фенодарбиталом
4. сульфатом магнезии

247.
Белково-клеточная диссоциация в ликворе больного менингоэнцефалитом чаще имеет место в случае этиологии
1. цитомегаловирусной
2. энтеровирусной
3. **токсоплазмозной**
4. рубеолярной

248.
Ларингоспазм характерен
1. для бронхиальной астмы
2. для врожденного стридора

3. для гиперпаратиреоза
4. **для коклюша**

249.

Сколько недоношенные дети 1-й степени должны прибавить в массе за 1-й месяц жизни?

1. 180-200 г.
2. **250-300 г.**
3. 500-600 г.
4. 600-800 г.

250.

У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес. Вы считаете необходимым

1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
2. **ограничиться наблюдением**
3. сделать рентгенографию черепа
4. сразу назначить витамин Д до 5000 ЕД в сутки

251.

Карпопедальный спазм характерен

1. для дефицита железа
2. для гипофосфатемии
3. **для гипокальциемии**
4. для фебрильных судорог

252.

Какой из перечисленных препаратов при длительном применении инактивирует витамин Д и способствует развитию рахита?

1. **фенобарбитал**
2. бутадион
3. пиридоксаль-фосфат
4. полиоксидоний

253.

Роль витамина Д

1. увеличивает продукцию паратгормона
2. **способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта**
3. блокирует канальцевую реабсорбцию Са
4. повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

254.

Гипокальциемические судороги у недоношенных детей могут быть обусловлены

1. **недостаточной функцией паращитовидных желез**
2. пониженной способностью почек экскретировать фосфор
3. применением цитратной крови
4. семейной гипокальциурической гиперкальциемией

255.

В каких случаях не отмечается краниотабес?

1. при Д-дефицитном рахите

2. при Д-зависимом рахите
3. **болезни Пертеса**
4. у недоношенного и незрелого ребенка

256.
Какое осложнение не характерно для паротитной инфекции?
1. панкреатит
2. поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
3. энцефалит
4. **нефрит**

257.
Для какого заболевания характерны ателектазы легких?
1. гемосидероза
2. **муковисцидоза**
3. целиакии
4. дефицита α1-антитрипсина

258.
Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдают
1. при пневмотораксе
2. **при ларингоспазме**
3. при эмфиземе
4. при пневмонии

259.
Цитомегаловирусная инфекция вызывает пневмонию
1. деструктивную
2. сегментарную
3. **интерстициальную**
4. бронхопневмонию

260.
При каком заболевании у детей при беспокойстве не отмечается нарастания цианоза слизистых и кожных покровов?
1. врожденный порок сердца
2. **метгемоглобинемия**
3. пневмония
4. легочная форма муковисцидоза

261.
Какое из перечисленных осложнений кори практически не встречается?
1. энцефалит
2. **остеомиелит**
3. отит
4. бронхопневмония

262.
Какая форма пневмонии практически не встречается в раннем детском возрасте?
1. бронхопневмония
2. аспирационная пневмония
3. **крупозная**

4. абсцедирующая

263.
Какое мероприятие является главным при напряженном пневмотораксе?
1. положение на пораженной стороне
2. активная кислородотерапия
3. возвышенное положение
4. плевральная пункция и дренаж

264.
Голосовое дрожание усилено
1. при плеврите
2. при пневмотораксе
3. **при инфильтративном легочном процессе**
4. при легочной эмфиземе

265.
Какой признак не характерен для железодефицитной анемии?
1. гипохромия эритроцитов
2. анизоцитоз
3. уменьшение связанного железа в сыворотке
4. **повышение среднего объёма эритроцита**

266.
Какова причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом у ребенка?
1. увеличение силы дыхательной мускулатуры
2. уменьшение бактериальной аллергии
3. **увеличение просвета бронхов**
4. уменьшение реактивности лимфатической ткани

267.
Какой из перечисленных клинических признаков отсутствует при экссудативном плеврите?
1. ослабленное дыхание
2. притупление перкуторного звука
3. **бронхиальный тип дыхания**
4. ослабленное голосовое дрожание

268.
Полное расправление легких у новорожденного происходит
1. сразу после рождения
2. через час после рождения
3. через 6 месяцев
4. **в течении нескольких дней**

269.
В каких случаях показана тонзилэктомия?
1. при затрудненном глотании и дыхании

2. **при хронически рецидивирующей ангине**
3. при рецидивирующем шейном лимфадените
4. при перитонзиллярном абсцессе

270.
При острой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является
1. повышение температуры
2. **поверхностное дыхание**
3. повышение метаболизма
4. тахикардия

271.
Бронхиолит у детей раннего возраста
1. легкое и кратковременное заболевание
2. обусловлен аллергическим компонентом
3. является ранним признаком бронхиальной астмы
4. **приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию легких**

272.
Коагулопатия с одновременным усилением времени свертывания и кровотечения имеет место
1. при гемофилии А
2. при недостаточности VII фактора
3. при недостаточности XII фактора
4. **при афибриногенемии**

273.
Какой из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза?
1. наличие хронического бронхолегочного процесса
2. мекониальный илеус
3. **ожирение**
4. стеаторея

274.
При непереносимости фруктозы не отмечается?
1. гипогликемии
2. **гипергликемии**
3. введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния
4. больной отстает в психомоторном развитии

275.
Что является характерным признаком целиакии?
1. развивается в большинстве случаев с рождения
2. проявляется двусторонним поражением легких
3. спонтанно излечивается после 2 года жизни
4. **сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника**

276.
Начало диареи в первые недели жизни не характерно
1. для гипоплазии поджелудочной железы

2. **<u>для целиакии</u>**
3. для недостаточности лактазы
4. для дефицита энтерокиназы

277.
Отдаленный прогноз при целиакии
1. неблагоприятный, прогредиентное течение
2. возможна незначительная коррекция
3. хороший на фоне постоянной медикаментозной терапии
4. **<u>хороший на фоне постоянного диетического лечения</u>**

278.
Для приготовления пищи при глютен-индуцированной целиакии рекомендуют использовать
1. пшеничную муку
2. ржаную муку
3. овсяные хлопья
4. **<u>кукурузную крупу</u>**

279.
Слизистые - интенсивно розового цвета
1. при циркуляторной гипоксии
2. при гипоксемической гипоксии
3. **<u>при гистотоксической гипоксии</u>**
4. при анемической гипоксии

280.
Из перечисленных клонических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен
1. мышечная гипотония
2. **<u>жажда</u>**
3. судороги
4. отеки

281.
Препаратом выбора при остром развитии приступа судорог является
1. пипольфен
2. 25% сульфат магния
3. дроперидол
4. **<u>седуксен</u>**

282.
Устранить депрессию дыхания при передозировке барбитуратов можно с помощью
1. промедола
2. дроперидола
3. **<u>бемегрида</u>**
4. ГОМКа

283.
Сдвигу КЩС в сторону ацидоза способствует
1. гипервентиляция
2. рвота
3. гипокалиемия

4. **<u>циркуляторная гипоксия</u>**

284.
Основной синдром постреанимационного состояния
1. судорожный
2. **<u>токсично-дистрофический</u>**
3. аллергический
4. анемический

285.
Гематокрит остается нормальным
1. **при изотоническом эксикозе**
2. при вододефицитном эксикозе
3. при соледефицитном эксикозе
4. изменение гематокрита для любого типа эксикоза не характерны

286.
Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует
1. ацидоз
2. **алкалоз**
3. гиперкалиемия
4. гипопротеинемия

287.
Для каких заболеваний характерно состояние алкалоза
1. пиелонефрита
2. сахарного диабета
3. **опухоли мозга с рецидивирующей рвотой**
4. болезни Лайтвуда-Олбрайта

288.
Из перечисленных синдромов к метаболическому алкалозу приводит
1. профузный понос
2. **пилоростеноз**
3. синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы
4. синдром врожденного дефицита карбоангидразы

289.
Для гипотонической дегидратации характерно
1. полидипсия
2. артериальная гипертония
3. брадикардия
4. **<u>низкие АД и ЦВД</u>**

290.
Вододефицитному эксикозу соответствует
1. холодная пастозная кожа
2. **<u>полидипсия</u>**
3. повышение белка и цитоза в ликворе

4. гипонатриемия

291.
Гипертонической дегидратации соответствует
1. выбухающий родничок
2. гипотермия
3. снижение АД
4. **сухость слизистых**

292.
Для характеристики микроциркуляции наиболее информативно
1. гемограмма
2. частота пульса
3. **диурез**
4. центральное венозное давление

293.
Основным показателем гипотонической гипергидратации является
1. гипертензия (АД)
2. устойчивое повышение ЦВД
3. отек легких
4. **периферические отеки**

294.
Какой из перечисленных симптомов не типичен для гемолитикоуремического синдрома (синдрома Гассера)?
1. гемолитическая анемия
2. олигурия
3. тромбоцитопения
4. **увеличение количества тромбоцитов**

295.
Какой признак характерен для синдрома внезапной смерти у детей?
1. синдром чаще встречается у детей старше 3 лет
2. смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка
3. всегда имеются клинико-морфологические признаки незрелости
4. **семейная предрасположенность к внезапной смерти**

296.Ригидность затылочных мышц не наблюдают
1. при бактериальном менингите
2. **при вазомоторном коллапсе**
3. при шейном лимфадените
4. при среднем отите

297.
Какое из положений, относящихся к проблеме фебрильных судорог (на фоне ОРВИ) у детей раннего возраста, следует считать правильным?
1. **судороги наблюдают чаще в возрасте от 3 месяцев до 3 лет**
2. в дальнейшем у 90% детей формируется эпилепсия
3. судороги носят локальный характер

4. связаны с прорезыванием зубов

298.
Наиболее частой посттрансфузионной реакцией является
1. гемолитическая
2. **лихорадочная**
3. анафилактическая
4. экзантемная

299.
При гипертермическом синдроме со спазмом сосудов начинать терапию следует
1. с введения диуретиков
2. немедленного охлаждения пузырями со льдом
3. введение симпатомиметиков
4. **введение фенотиазиновых препаратов**

300.
Ребенок 2 лет.
Тяжелое состояние, температура 39˚ С, сомнолентность, ригидность затылка и небольшие кожные кровоизлияния.
В ликворе 600 клеток, почти все – гранулоциты, сахар снижен, белок повышен.
Какой возбудитель менингита наиболее вероятен?
1. пневмококк
2. **менингококк**
3. бактерия туберкулеза
4. вирус кори

301.
Немедленно вызвать реанимационную бригаду следует
1. при судорожном синдроме
2. **при синдроме депрессии дыхания**
3. при астматическом синдроме
4. при гипервентиляционном синдроме

302.При обструктивных уропатиях пиелонефрит
1. встречается редко
2. является причиной обострения
3. для указанной уропатии пиелонефрит не характерен
4. **встречается очень часто**

303.
Наиболее частой причиной пиелонефрита является:
1. удвоение почки
2. нефроптоз
3. **пузырно-мочеточниковый рефлюкс**
4. поликистоз

304.

Постоянная щелочная реакция мочи имеет место

1. при пиелонефрите
2. **при почечном канальцевом ацидозе**
3. при мегауретере
4. при остром гломерулонефрите

305.

К эмбриопатии не относится

1. подковообразная почка
2. удвоенная почка
3. **синдром Альпорта**
4. агенезия почки

306.

Какой из симптомов при текущем пиелонефрите наиболее четко верифицирует развитие хронической почечной недостаточности?

1. **полиурия**
2. субфебрилитет
3. мышечная гипотония
4. никтурия

307.

При каком заболевании в раннем периоде его развития ведущим симптомом является полиурия?

1. гемолитико – уремический синдром
2. ксантинурия при В6 – зависимых состояниях
3. **несахарный диабет**
4. фосфат – диабет

308.

Какой пробой лучше оценивать концентрационную функцию почек?

1. Аддиса – Каковского
2. **по Зимницкому**
3. по Нечипоренко
4. с помощью биохимического исследования мочи

309.Какой признак не характерен для почечно-тубулярного ацидоза?

1. метаболический ацидоз
2. полиурия
3. **гипергликемия**
4. нефролитиаз

310.

Олигурия не встречается при

1. острой почечной недостаточности
2. эксикозе
3. рвоте и поносе
4. **сахарном диабете**

311.

При каком заболевании при УЗИ может определяться разная величина почек?

1. **при хроническом пиелонефрите**
2. при нефрозе
3. при ренальном рахите
4. при гломерулонефрите

312.

При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет

1. **общая интоксикация организма**
2. дизурические явления
3. синдром срыгивания
4. субфебрилитет

313.

К группе риска по врожденным аномалиям почек относятся дети раннего возраста

1. недоношенные
2. с перинатальной энцефалопатией
3. от матерей, страдающих сахарным диабетом
4. **новорожденные с патологией тазовой и ректальной областей**

314.

Колебания относительной плотности мочи у ребенка 10-месячного возраста составляют

1. от 1.010 до 1.020
2. от 1.009 до 1.015
3. от 1.001 до 1.003
4. **от 1.002 до 1.008**

315.

Какой объём мочевого пузыря у новорожденного ребенка?

1. от 20 до 30 мл
2. **от 30 до 50 мл**
3. от 100 до 150 мл
4. от 100 до 200 мл

:

316.При каком заболевании не наблюдается искривления конечностей?

1. при фосфат – диабете
2. при почечно – тубулярном ацидозе
3. **при глюкозурии**
4. при болезни Де-Тони Дебре-Фанкони

317:.

Термин «экссудативно-катаральный диатез» следует использовать

1. в качестве диагноза кожного заболевания
2. **для констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления**

3. для обозначения типа конституции
4. для обозначения семейной предрасположенности к аллергии

318.
Основной механизм псевдоаллергической реакции связан
1. с продукцией специфических антител
2. с увеличением уровня иммуноглобулина класса Е
3. **с повышенной возбудимостью мастоцита и выделением гистамина**
4. с увеличением количества супрессоров

319.
Не обладает гистаминолиберирующим свойством
1. **атропин**
2. полимиксин
3. бисептол
4. рентгеноконтрастные препараты

320.
Пищевым продуктом, обладающим выраженным либераторным эффектом, считают
1. **цитрусовые**
2. молоко
3. яйца
4. яблоки

Вопрос 321:
К атопическому поражению кожи относится
1. пеленочный дерматит
2. **нейродермит**
3. себорейный дерматит
4. гнейс

Вопрос 322:
Какое заболевание в первый год жизни имеет преимущественную локализацию на коже лица?
1. себорейный дерматит
2. **экзема (атопический дерматит)**
3. чесотка
4. строфулюс

Вопрос 323:
При каком заболевании целесообразно применять антимикотические мази?
1. истинной детской экземе
2. чесотке
3. гнейсе
4. **кандидозе кожи**

Вопрос 324:
Специфическая гипосенсибилизирующая терапия пищевой аллергии включает
1. лечение желудочно-кишечного тракта
2. назначение антигистаминных препаратов
3. **дробное введение «виновного» антигена**
4. лечение гистаглобулином

Вопрос 325:
Антигистаминные препараты наиболее эффективны
1. при атопическом дерматите
2. **при псевдоаллергических реакциях**
3. при цитотоксических реакциях
4. при контактном дерматите

Вопрос 326:
В случае необходимости длительной антигистаминной терапии замена димедрола тавегилом
1. строго противопоказана
2. **нецелесообразна**
3. допустима
4. обязательна

Вопрос 327:
Бронхоспазм усиливают
1. алкалоз
2. седативные препараты
3. **β-адреноблокаторы**
4. ваголитические препараты

Вопрос 328:
Расширению бронхов способствуют
1. гипокальциемия
2. повышение тонуса вагуса
3. **симпатикотония**
4. гипогликемия

Вопрос 329:
Какие препараты противопоказаны для лечения бронхообструктивного синдрома при пищевой аллергии?
1. интал
2. β2-адреномиметики
3. ксантиновые препараты
4. **β-адреноблокаторы**

Вопрос 330:
Доза эуфиллина должна быть уменьшена
1. при обструктивном синдроме у ребенка с экссудативным типом конституции
2. при отеке Квинке и крапивнице у ребенка с лимфатизмом
3. ребенку с острым инфекционным токсикозом
4. **при заболеваниях печени и сердечной недостаточности**

Вопрос 331:
Какие эффекты вызывает эфедрин?
1. депрессию дыхания
2. **бронходилятацию**
3. уменьшение сердечного выброса
4. вазодилатацию

332. При дифференциальной диагностике между дифтерией и перитонзиллитом в пользу дифтерии свидетельствуют
1. лихорадка
2. резкая боль при глотании, тризм
3. «выбухание» миндалины и небной дужки с одной стороны
4. **отек ротоглотки и шейной клетчатки, фибринозные налеты на миндалинах и за их пределами**

333. При подозрении на локализованную форму дифтерии какая тактика введения противодифтерийной сыворотки (ПС) правильная:
1. ПС немедленно должна вводиться, независимо от сведений о прививках
2. ПС немедленно должна вводиться непривитым детям
3. ПС должна вводиться только после получения результатов бактериологического исследования
4. **Допускается наблюдение за больными в течении 8-12 часов до уточнения диагноза без введения ПС**

334. Какая сыпь характерна для менингококкцемии?
1. розеолезная
2. пустулезная
3. **геморрагическая**
4. герпетическая

335. Какой симптом не является характерным для сыпи при скарлатине?
1. лихорадки с тенденцией у снижению
2. **эксикоза II-III степени**
3. олигоанурии
4. прогрессирующих сосудистых и дыхательных нарушений

336. Что не является характерным для сыпи при скарлатине?
1. преобладание элементов на боковых поверхностях груди и сгибательных поверхностях груди
2. наличия элементов на внутренней поверхности бедер
3. **скопления элементов вокруг крупных суставов, на ладонях и подошвах**
4. отсутствие элементов в носогубной области

337. Когда появляется экзантема при скарлатине?
1. **в 1-2е сутки болезни**
2. на 3-4е сутки болезни
3. на 5-е сутки болезни
4. на 2-ой неделе

338. Какой симптом не является типичным для инфекционного мононуклеоза?
1. лихорадка
2. полиадения с преимущественным увеличением заднеушной группы
3. **диарея**
4. гепато- и спленомегалия

339. Характерными симптомами эпидемического паротита являются все, кроме
1. лихорадки
2. увеличения околоушных слюнных желез
3. увеличения подчелюстных слюнных желез
4. **ангины**

340. Какие синдромы не характерны для эпидемического паротита?
1. серозный менингит
2. **гнойный менингит**
3. панкреатит
4. орхит

341. Терапевтические мероприятия, которые проводятся при неосложненном эпидемическом паротите
1. лечение антибиотиками группы пенициллинов
2. лечение антибиотиками группы тетрациклинов
3. **симптоматическая терапия**
4. введение иммуноглобулина

342. Какой из перечисленных симптомов нетипичен для коклюша?
1. **гипертермия**
2. одутловатость лица
3. толчкообразный кашель с судорожным вдохом
4. выделение вязкой мокроты

343. Применение какого антибиотика нецелесообразно для лечения больных коклюшем?
1. эритромицина
2. ампициллина
3. гентамицина
4. **тетрациклина**

344. Какой симптом является не характерным для катарального периода кори?
1. лихорадка
2. насморк
3. глухой кашель
4. **судороги**

345. Характерными особенностями экзантемы при кори являются все, кроме
1. пятнистого характера с тенденцией к слиянию
2. этапности при появлении и угасании сыпи
3. наличия катаральных явлений
4. **исчезновения (отсутствия) токсикоза и лихорадки при появлении сыпи**

346. Пигментация наблюдается после высыпания при кори, а также
1. при скарлатине
2. при ветряной оспе
3. при энтеровирусной инфекции
4. **при токсико-аллергических реакциях**

347. При каких мероприятиях может наблюдаться митигированная корь?
1. при проведении вакцинации в декретированные сроки
2. **при проведении серопрофилактики**
3. при антибиотикотерапии в инкубационный период
4. при вакцинации на фоне инфекции

348. Какие клинические проявления являются нетипичными для краснухи?
1. субфебрильная лихорадка, легкие катаральные явления
2. сыпь, преимущественно папулезная
3. увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов
4. **круп**

349. Локализация сыпи при краснухе
1. **лицо, туловище, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы**
2. боковые поверхности туловища, внутренняя поверхность бедер, сгибательные поверхности конечностей
3. поэтапное распространение сыпи на лице, туловище, конечностях
4. туловище, конечности с концентрацией элементов на стопах, кистях, вокруг суставов

350. Какие особенности нетипичны для сыпи при ветряной оспе?

1. полиморфизм с преобладанием везикул, их легкого опорожнения после прокола, пупковидное вдавление у отдельных элементов

2. преимущественной локализации на лице, волосистой части головы, туловище, конечностях

3. «толчкообразных» высыпаний с 1-2 дневнымм промежутками

4. одномоментных (в течении дня) высыпаний, многокамерности элементов

351. Для гриппа характерны все следующие синдромы, кроме
1. гипертермии
2. судорожного синдрома
3. **диареи**
4. боли в суставах

352. Какой симптом нетипичен для крупа при ОРВИ?
1. грубый кашель
2. афония
3. стенотическое дыхание
4. **изменение голоса**

353. Какие терапевтические препараты предпочтительны при лечении бронхообструктивного синдрома при ОРВИ
1. антибиотики и антигистаминные препараты
2. антибиотики и бронхолитические препараты
3. **бронхолитические и муколитические препараты**
4. физиотерапия

354. Факторы, определяющие выбор антибиотика при лечении пневмонии
1. этиология и условия инфицирования
2. **<u>тяжесть состояния</u>**
3. возраст ребенка
4. лекарственной аллергией

355. Какие заболевания проявляются дистальным колитом?
1. для сальмонеллеза
2. **для шигеллезов**
3. для протеозов
4. для колиинфекции, вызванной энтеротоксигенными эшерихиями

356. Нехарактерный синдром гастроэнтероколитического варианта дизентерии
1. многократной обильной рвотой
2. жидкого водянистого стула
3. **гепатолиенального синдрома**
4. высокой лихорадки
5. головной боли

357. При каком варианте дизентерии антибактериальная терапия не показана?
1. тяжелая форма болезни
2. среднетяжелая форма у детей раннего возраста
3. **длительное бактериовыделение**
4. микст-инфекция у детей раннего возраста

358. Что не является характерным для генерализованной формы сальмонеллеза?
1. длительная высокая лихорадка
2. **продолжающаяся диарея**
3. септические очаги
4. гепатолиенальный синдром

359. Расстройства стула всегда ли предшествует генерализованной форме сальмонеллеза?
1. да
2. нет
3. **не всегда**
4. на второй день

360. Какие материалы нецелесообразно исследовать на возбудитель в первые дни заболевания сальмонеллезом?
1. крови
2. испражнений
3. рвотных масс
4. **мочи**

361. Какой симптом нехарактерен для энтеропатогенной колиинфекции?
1. постепенное начало
2. субфебрильная температура
3. водянистая диарея
4. **судорожный синдром**

362. Оральная регидратация показана при
1. **водянистой диарее любой этиологии, сопровождающейся эксикозом I-II степени**
2. кишечные инфекции, протекающиес колитическим синдромом
3. кишечные инфекции, протекающие с выраженной интоксикацией
4. эксикоз III степени

363. При гипертоническом типе обезвоживания стартовым препаратом является

1. реополиглюкин
2. **5% раствор глюкозы**
3. гемодез
4. лактосол

364. Особенности сыпи при брюшном тифе
1. розеолезная, появляющаяся в 1-3й дни болезни одномоментно
2. розеолезно-петехиальная, появляющаяся на 5-7 день с последующим подсыпанием
3. розеолезная, появляющаяся одномоментно на 8-10 дни
4. **розеолезная, появляющаяся на 8-10й дни с последующим подсыпанием**

365. Особенности течения брюшного тифа у детей раннего возрастя являются все перечисленные симптомы, кроме
1. острого начала заболевания
2. выраженного токсикоза
3. явлений гастроэнтерита
4. **частого развития перфораций язв и кишечных кровотечений**

366. Наиболее эффективный антибиотик при брюшном тифе
1. тетрациклин
2. гентамицин
3. **левомицетин**
4. рифампицин

367. Симптом, нетипичный для гастроинтестинальной формы иерсиниоза
1. разжиженный зловонный стул с примесью слизи и зелени
2. приступообразные боли в животе
3. **водянистая диарея, эксикоз II-III степени**
4. выраженная интоксикация

368. Какие особенности не являются характерными для гепатитной формы псевдотуберкулеза?
1. **преимущественного поражения детей раннего возраста**
2. зимне-весенней сезонности
3. токсикоза с фебриллитетом, сохраняющихся при появлении желтухи
4. умеренного увеличения печени, болей в правой половине живота

369. Какое исследование не рекомендуется для постановки диагноза иерсиниоза
1. бактериологическое исследование крови
2. бактериологическое исследование кала
3. **бактериологическое исследование желчи**
4. реакция агглютинации

370. Основным этиотропным препаратом при иерсиниозе является
1. **левомицетин**
2. тетрациклин
3. гентамицин
4. цефалоспорины

371. Для диагностики ботулизма рекомендуется исследование всего перечисленного, кроме
1. пищевых продуктов

2. крови
3. спиномозговой жидкости
4. рвотных масс

372. Какие из перечисленных симптомов нехарактерны для ротавирусного гастрита?
1. лихорадки, чаще субфебрильной, умеренной интоксикации
2. повторной рвоты
3. эксикоза I-II степени
4. частого, жидкого стула со слизью и кровью

373. Нетипичные признак вирусного гепатита А
1. острое начало заболевания
2. цикличность течения
3. улучшение самочувствия при появлении желтухи
4. выраженный респираторный и суставной синдром

374. Для вирусного гепатита В характерны все признаки, кроме
1. поражения всех возрастных групп
2. наиболее тяжелое течение у детей 1-го года жизни
3. возможности сохранения пожизненного носительства вируса
4. сезонных колебаний заболеваемости

375. Какой симптом не является показателем тяжести при вирусном гепатите В
1. выраженная интоксикация
2. геморрагический синдром
3. обнаружение HbsAg
4. многократная рвота

376. Наиболее информативный показатель тяжести течения гепатита
1. уровень активности трансаминаз
2. снижение протромбинового индекса
3. обнаружение НВ-антител
4. повышение тимоловой пробы

377. Что характерно для течения гепатита С ?
1. частота регистрации в центрах гемодиализа и трансплантации органов
2. <u>возможность исхода в хроническую форму</u>
3. наличие серологических маркеров для диагностики
4. наклонность к волнообразному течению

378. Для гепатита Е характерно все перечисленное, кроме
1. эпидемического характера распространения
2. тяжелого течения болезни у беременных женщин
3. преимущественной заболеваемости детей раннего возраста
4. периодичности вспышек

379. Дельта вирусный гепатит имеет все перечисленные особенности, кроме
1. способности к репликации дельта-вируса обязательно при участии вируса гепатита В
2. частоты тяжелых форм
3. раннего формирования хронического процесса на фоне носительства HbsAg
4. доброкачественного течения

380. Какой клинический симптом не является характерным для злокачественной формы вирусного гепатита у ребенка раннего возраста?
1. интенсивная желтуха
2. сокращение размеров печени
3. печеночный запах
4. **диарейный синдром**

381. Длительность защитного эффекта иммуноглобулина от вирусного гепатита А
1. на 3 недели
2. на 6 недель
3. на 3 месяца
4. **на 6 месяцев**

382. Какой контингент не подлежит вакцинопрофилактике против гепатита В?
1. новорожденные от матерей-носителей HBsAg
2. больных, часто подвергающихся парентеральным манипуляциям (отделение гемодиализа)
3. медперсонал гепатитных отделений
4. **лица, имеющие анти-НВ в крови**

383. Когда чаще развивается менингит при менингококковой инфекции?
1. **одновременно или на 2-3 день менингококцемии**
2. за 2-3 дня до менингококкцемии
3. всегда одновременно с менингококкцемией
4. на 5 день после менингококкцемии

384. Какие возбудители чаще всего вызывают гнойный менингит у новорожденных детей?
1. стафилококки
2. менингококки
3. **грам-отрицательные бактерии**
4. листерии

385. Для менингита у грудных детей характерны следующие симптомы, за исключением
1. периодических подьемов температуры
2. повторных судорог
3. анорексии, упорного срыгивания, рвоты
4. **эксикоза II-III степени**

386. Какая наиболее частая этиология серозных менингитов?
1. вирусно-бактериальная
2. гриппозная
3. туберкулезная
4. **паротитная и энтеровирусная**

387. Наиболее целесообразный препарат для лечения менингококкового менингита без менингококкцемии
1. **пенициллин в дозе 200-300 тысяч ЕД/кг в сутки**
2. пенициллин в дозе 500 тысяч и более ЕД/кг в сутки
3. левомицетин в дозе 70-80 мг/кг в сутки

4. гентамицин в дозе 4-5 мг/кг в сутки

388. При гнойном менингите у новорожденного наиболее эффективный препарат
1. пенициллин в дозе 300 тыс ЕД/кг в сутки
2. левомицетин
3. **ампициллин+левомицитин**
4. эритромицин+левомицетин

389. Что является основным критерием для отмены антибактериальной терапии при гнойном менингите?
1. нормализация температуры
2. исчезновение менингеальных симптомов
3. **санация ликвора**
4. нормализация гемограммы

390. Поствакцинальный энцефалит может развиться при всех следующих прививках, кроме
1. АКДС
2. **Полиомиелит**
3. Коревой
4. Паротитной

391. Клинические симптомы холеры
1. лихорадка, головная боль, отсутствие аппетита
2. боли в животе, симптомы раздражения брюшины
3. **обильный водянистый стул, обезвоживание**
4. геморрагический синдром

392. Симптомы, характерные для холеры у детей раннего возраста, кроме
1. повышение температуры тела
2. быстрого развития гипокалиемии
3. апатии
4. судорожного синдрома

393. Основные регидратирующие препараты для лечения холеры?
1. физиологический раствор
2. плазма
3. **стандартные солевые растворы**
4. гипертонические солевые растворы

394. Симптом, не характерный для лептоспироза
1. лихорадка
2. поражение почек
3. поражение печени
4. **артриты**

395. Признаки, характеризующие бруцеллез, кроме
1. лихорадки, потливости
2. лимфаденопатии
3. болей в мышцах, суставах
4. **расстройства сознания**

396. Препарат, неэффективный для лечения бруцеллеза
1. тетрациклин
2. рифампицин
3. **пенициллин**
4. стрептомицин

397. Проявлениями кишечного амебиоза являются все признаки, кроме
1. **острого начала, выраженной интоксикации**
2. постепенного начало
3. жидкого стула со слизью и кровью
4. болей в животе, преимущественно в правой половине живота

398. При кокой форме токсоплазмоза возможна передача от больной матери к плоду?
1. **при острой форме**
2. при хронической форме
3. при латентной форме
4. при носительстве токсоплазмоза

399. Симптом, характерный для пневмоцистоза у детей?
1. выраженный токсикоз **затяжной респираторный синдром с бронхообструкцией**
2. полиаденопатия
3. гепатомегалия
4. сыпь

400. Наиболее эффективный препарат для лечения пневмоцистной пневмонии
1. левомицетин
2. **бисептол**
3. эритромицин
4. клафоран

401. При ВИЧ-инфекции источники инфекции все, кроме
1. больных острой ВИЧ-инфекцией
2. больных в периоде оппортунистических заболеваний
3. беременных, инфицированных ВИЧ
4. **домашних или диких животных**

402. Дети, относящиеся к группе риска пи ВИЧ-инфекции, за исключением:
1. часто получающие гемотрансфузии
2. от родителей наркоманов
3. длительно находящиеся в стационарах
4. **длительно получающие кортикостероиды**

403. Синдром, не характерный для ВИЧ-инфекции
1. длительная генерализованная лимфоаденопатия
2. длительная лихорадка (более 1 месяца) неустановленной этиологии
3. продолжительная диарея (более 1,5-2 месяцев) со значительной потерей массы тела
4. **гнойный менингит с затяжным течением**

404. Какие изменения имунной системы не являются свойственными ВИЧ-инфекции:
1. уменьшение общего числа Т-лимфоцитов
2. уменьшение соотношения Т4/Т8
3. гипер-Ig-глобулинемия
4. **гипо-Ig-глобулинемия**

405. Наиболее частым проявлением герпетической инфекции у детей раннего возраста является:
1. офтальмогерпес
2. генитальный герпес
3. **острый стоматит**
4. энцефалит

406. Наиболее частым проявлением герпетической инфекции у старших детей является:
1. офтальмогерпес
2. **поражение кожи и слизистых**
3. острый стоматит
4. энцефалит

407. Герпетиформная экзема Капоши чаще возникает у детей, больных
1. нефритом
2. **экземой**
3. пемфигусом
4. хроническим энтероколитом

408. Какой симптом является не обязательным при инфекционно-токсическом шоке
1. бледность кожи с пепельно-серым оттенком
2. **сухость кожи и слизистых оболочек**
3. артериальная гипотензия
4. выраженный гемморагический синдром

409. Самый неинформативный симптом для гиповолемического шока:
1. бледность кожи с пепельно-серым оттенком
2. сухость кожи и слизистых оболочек
3. артериальная гипотензия
4. **выраженный геморрагический синдром**

410. Симптомами анафилактического шока являются все, кроме
1. стенотического дыхания
2. отека губ, век, шеи
3. артериальной гипотензии
4. **геморрагического синдрома**

411. Для гормонотерапии инфекционно-токсического шока препаратами выбора являются:
1. преднизолон
2. гидрокортизон
3. **преднизолон, гидрокортизон**

4. дексаметазон

412. Для лечения больного с отеком мозга наиболее показан гормональный препарат:
1. преднизолон
2. гидрокортизон
3. преднизолон, гидрокортизон
4. дексаметазон

413. Для лечения больного кишечной инфекции с эксикозом III степени, препаратом выбора является
1. гидрокортизон
2. преднизолон, гидрокортизон
3. дексаметазон
4. ни один из указанных

414:
Ребенок 6 месяцев, беспокоен, температура до 38 С. во время кормления бросает грудь, резко вскрикивает, дыхание через нос затруднено. Ваш предварительный диагноз
1. <u>отит</u>
2. ринит
3. ОРЗ
4. стоматит

415:
Заглоточный абсцесс следует дифференцировать
1. с острым респираторно-вирусным заболеванием
2. с инородным телом дыхательных путей
3. с аллергическим отеком
4. <u>со всеми вышеперечисленными заболеваниями</u>

416.
Осложнением ангины обычно не бывает
1. подчелюстной лимфаденит
2. паратонзиллярный абсцесс
3. перитонзиллит
4. <u>хронический тонзиллит</u>

417.
При отите рекомендуется все, кроме
1. анемизации слизистой оболочки полости носа
2. назначение спиртовых капель в ухо
3. сухого тепла местно
4. <u>ингаляционная терапия</u>

418.
К дополнительным методам обследования при остром гайморите не относится
1. рентгенография околоносовых пазух
2. взятие мазка отделяемого из полости носа на флору и антибиотикограмму

3. анализ крови
4. <u>анализ мочи по Зимницкому и по Нечипоренко</u>

419.

Ребенку с заглоточным абсцессом следует обязательно провести все перечисленные обследования, кроме

1. анализа крови
2. <u>УЗИ сердца</u>
3. осмотр задней стенки глотки
4. пальпация задней стенки глотки

420.

У ребенка 2 лет после игры в комнате при отсутствии взрослых появилось беспокойство, слюнотечение, отказ от еды. Ваш предварительный диагноз.

1. заглоточный абсцесс
2. <u>инородное тело бронха</u>
3. паратонзилярный абсцесс
4. эпиглотит

421.

У ребенка 7 лет боль в ухе 4 дня, температура 39,2 С. Оттопыренность ушной раковины, болезненность, припухлость, гиперемия кожи в заушной области. Менингеальный синдром отсутствует. Неделю назад перенес ринит. Ваш предварительный диагноз.

1. мастоидит
2. лимфаденит
3. аллергический отит
4. <u>эпидемический паротит (свинка)</u>

422.

У ребенка 13 лет утомляемость, периодические головные боли, температура 37,2-37,4 С, затрудненное носовое дыхание, гнойные выделения из носа. Ваш предварительный диагноз.

1. <u>острый гайморит</u>
2. аденоидит
3. хронический гайморит
4. аденоиды

423.

При отите, осложненном мастоидитом, необходимо

1. консультация невропатолога амбулаторно
2. <u>направление на госпитализацию</u>
3. стимулирующая терапия
4. лечение педиатром амбулаторно

424.

У ребенка 11 лет боль в горле, невозможность открыть рот, повышенное слюноотделение. Одна небная миндалина значительно больше другой, гиперемирована, отечна; голос гнусавый. Ваш предварительный диагноз

1. **<u>заглоточный абсцесс</u>**
2. паратонзиллярный абсцесс
3. ангина
4. тонзиллит

425.

Ребенок 2 лет внезапно закашлял, посинел; кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день вновь появился кашель (неприступообразный). Большое количество сухих хрипов больше справа. Ваш предварительный диагноз.

1. круп
2. бронхиолит
3. **<u>инородное тело бронхов</u>**
4. эпиглотит

426

Инородные тела чаще попадают

1. в правый бронх
2. в левый бронх
3. в оба бронха одинаково
4. в трахею

427.

У ребенка 5 лет небольшое увеличение размеров верхней челюсти, дыхание через рот, по задней стенке глотки стекает слизисто-гнойный секрет. Частые насморки, спит с открытым ртом, храпит. Ваш предварительный диагноз.

1. ринит
2. тонзиллит
3. **<u>аденоидит</u>**
4. аденоиды

428.

При паратонзиллярном абсцессе прежде всего следует

1. назначить супрастин и аспирин
2. **<u>вскрыть абсцесс</u>**
3. полоскать горло щелочным раствором
4. назначить физиотерапию (УВЧ на подчелюстные лимфоузлы)

429.

При попадании инородного тела в бронх следует назначить

1. **<u>рентгенографию органов грудной клетки</u>**
2. рентгеноскопию органов грудной клетки
3. УЗИ грудной клетки
4. томографию грудной клетки

430.

При ангине следует назначить все перечисленное, кроме

1. анализа крови

2. анализа мочи
3. мазка и посева с миндалин
4. **<u>рентгенограммы грудной клетки</u>**

431.

Ребенку 7 лет с ОРВИ при носовом кровотечении не следует

1. запрокидывать голову
2. зажать пальцами крылья носа
3. вставить в носовые входы ватные тампоны, смоченные раствором перикиси водорода, и прижать крыльями носа
4. промыть носовые ходы водой.

432.

Ребенку с хроническим тонзиллитом не назначается

1. **<u>закаливание</u>**
2. промывание лакун миндалин
3. смазывание миндалин раствором Люголя
4. УФО и тубус-кварц на миндалины и УВЧ на регионарные лимфоузлы

433.

При носовом кровотечении не следует назначать

1. дицинон
2. гепарин
3. 5% раствор хлористого кальция
4. аскорутин

434.

Ребенок 12 лет болен 2 недели. Головная боль, затрудненное носовое дыхание, гнойные выделения из носа, температура 38,5 С. Ваш предварительный диагноз.

1. ринит
2. **<u>острый гайморит</u>**
3. аденоидит
4. аденоиды

ВОПРОСЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРОВИ И ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ.

.

435.

Какие клетки крови не являются фагоцитами?

1. нейтрофил
2. макрофаг
3. моноцит
4. **<u>лимфоцит</u>**

436.

В каком из анализов периферической крови 5-летних детей имеет место абсолютная нейтропения?

1. лейкоцитов 1000 , нейтрофилов 25%
2. **<u>лейкоцитов 4000, нейтрофилов 30%</u>**
3. лейкоцитов 20000, нейтрофилов 15%
4. лейкоцитов 3000, нейтрофилов 75%

437.
У кого из детей 5 лет выявлена относительная лимфопения?
1. лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
2. лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50%
3. **<u>лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%</u>**
4. лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

438.
У кого из детей 5 лет обнаружена абсолютная лимфопения?
1. лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
2. лейкоцитов 5000, лимфоцитов 50%
3. лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
4. **<u>лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%</u>**

439.
У кого из детей 5 лет выявлена эозинофилия относительная?
1. лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
2. лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
3. лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%
4. **<u>лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%</u>**

440.
У какого из детей выявлена абсолютная эозинофилия?
1. лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
2. лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
3. **<u>лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%</u>**
4. лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%

441.
С какими факторами не связана абсолютная нейтропения?
1. с гиперспленизмом
2. с гипопродукцией
3. с иммунными процессами
4. **<u>с острой кровопотерей</u>**

442.
С какими факторами не связан нейтрофиллез?
1. с бактериальной инфекцией
2. с лимфогранулематозом
3. с токсикозом, ацидозом
4. **<u>с типом конституции</u>**

443.
С какими факторами не связана абсолютная лимфопения?
1. с ионизирующей радиацией
2. с лимфогранулематозом

3. с иммунодефицитным заболеванием
4. <u>с острой кровопотерей</u>

444.
Какому заболеванию не свойственен высокий лимфоцитоз?
1. инфекционному лимфоцитозу
2. инфекционному мононуклеозу
3. энтеровирусной инфекции
4. <u>бактериальной инфекции</u>

445.
Для какого заболевания в периферической крови не характерен лимфоцитоз
1. коклюшу
2. феохромацитоме
3. лямблиозе
4. <u>синдрому Ди Джорджи</u>

446.
Какой гельминтоз не сопровождается эозинофилией?
1. <u>энтеробиоз</u>
2. описторхоз
3. фасциолез
4. стронгилоидоз

447.
В какой период заболевания возможна транзиторная эозинофилия?
1. в продроме заболевания
2. в начале заболевания
3. в разгар заболевания
4. <u>в период реконвалесценции</u>

448.
В какой период бронхиальной астмы наиболее выражена эозинофиллия?
1. в предприступный период
2. в начале приступа
3. на высоте приступа
4. <u>в постприступный период</u>

449.
При каком заболевании имеет место увеличение эозинофилов и базофилов?
1. при остром лейкозе
2. <u>при хроническом миелолейкозе</u>
3. при бактериальной инфекции
4. при вирусной инфекции

450.
С чем не связана эозинофиллия?
1. с атопией
2. с гельминтозом

3. с иммунопатологическими заболеваниями
4. **с острым периодом бактериального заболевания**

451.
Что из ниже перечисленного не влияет на повышение СОЭ?
1. увеличение гематокрита
2. повышение вязкости крови
3. **желтуха с холестазом**
4. белки острой фазы воспаления

452.
Повышенное содержание какого сывороточного белка крови не приводит к увеличению СОЭ?
1. фибриногена
2. гаптоглобина
3. g-глобина
4. **альбумина**

453.
При каком состоянии величина СОЭ повышена?
1. период новорожденности
2. эксикоз
3. **анемия**
4. «синие» пороки сердца
5.

454.
Очаги экстрамедуллярного кроветворения не наблюдаются у новорожденных
1. при фетопатии
2. при гемолитической болезни
3. **при так называемой «физиологической желтухе»**
4. при кровопотере

455.
Очаги экстрамедуллярного кроветворения не наблюдаются
1. при острых лейкозах
2. при хроническом лейкозе
3. при «синих» пороках сердца
4. **при инфекционном мононуклеозе**

456.
Не являются причиной гипохромной анемии
1. дефицит железа
2. нарушение порфиринового обмена
3. нарушение структуры цепей глобина
4. **гемолиз**

457. Не относятся к основным причинам дефицита железа :
1. неонатальные
2. кровопотери

3. **гемолиз**
4. алиментарные

458.
У новорожденного не является причиной дефицита железа
1. кровопотеря в перинатальном периоде
2. нарушение трансплацентарного пассажа железа
3. недоношенность
4. **разрушение эритроцитов содержащих фетальный гемоглобин**

459.
К причинам дефицита железа у беременной не относится
1. частые беременности
2. хронические неинфекционные заболевания ЖКТ
3. обильные менструации
4. **злоупотребление алкоголем**

460.
Не является причиной нарушения трансплацентарного перехода железа
1. внутриутробная инфекция
2. гестоз
3. **разные группы крови у матери и плода**
4. отслойка плаценты

461.
Не является экзогенной алиментарной причиной дефицита железа
1. употребление продуктов, бедных железом
2. преимущественное питание молочными продуктами
3. **преобладание в рационе мясных продуктов**
4. преобладание в рационе мучных продуктов

462.
К причинам недостаточного всасывания алиментарного железа не относится:
1. нарушение всасывания в тонкой кишке
2. **нарушение пассажа в толстой кишке**
3. гипоацидность
4. нарушение обмена ферритина

463.
К клиническим признакам дефицита железа не относится
1. бледность слизистых оболочек
2. систолический шум
3. **спленомегалия (у ребенка старше 1 года)**
4. дистрофические изменения кожи, волос, ногтей, зубов

464.
Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии?
1. сниженный цветовой показатель
2. анизо-пойкилоцитоз

3. **<u>нормобластоз</u>**
4. гипохромия эритроцитов

465.
Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа
1. определение трансферрина
2. определение сывороточного железа
3. **<u>определение сывороточного белка</u>**
4. определение ферритина

466.
В каком продукте питания наиболее низкое содержание железа?
1. в мясе
2. **<u>в картофеле</u>**
3. в бобах
4. в яичном желтке

467.
При железодефицитной анемии стараются, как можно реже использовать следующую крупу:
1. **<u>рис</u>**
2. гречку
3. ячмень
4. манную

468.
Какой сок наиболее полезен при железодефицитной анемии?
1. **<u>морковный</u>**
2. яблочный
3. гранатовый
4. вишневый

469.
Основной медикаментозный препарат при лечении железодефицитной анемии
1. витамины группы В
2. **<u>препараты железа</u>**
3. аскорбиновая кислота
4. соляная кислота

470.
Правильная тактика применения препаратов железа
1. до нормализации гемоглобина
2. до нормализации гемоглобина и ещё 3-4 недели
3. в течение 1 месяца
4. **<u>6-10нед. до нормализации гемоглобина и ещё 2-3 месяца</u>**

471.
Кровотечения, наиболее редко вызывающие постгемморагическую анемию
1. **<u>легочные</u>**

2. носовые
3. маточные
4. желудочно-кишечные

472.

Что не является основной причиной постгеморрагической железодефицитной анемии у детей

1. диафрагмальная грыжа
2. язвенная болезнь
3. **геморрой**
4. полип

473.

Клинический признак, не характерный для анемии, вызванной нарушениями порфиринового обмена

1. рецидивирующие боли в животе
2. полиневрит
3. гепатомегалия
4. **де-пигментация кожи**

474.

Какой гематологический признак не характерен для нарушений порфиринового обмена?

1. гипохромия эритроцитов
2. **деформация эритроцитов**
3. базофильная пунктация эритроцитов
4. склонность к микроцитозу

475.

Биохимический признак, не характерный для порфиринемии

1. повышение железа сыворотки
2. **снижение железа сыворотки**
3. насыщение трансферрина повышено
4. снижение протопорфирина эритроцитов

476.

Препарат, противопоказанный при лечении порфиринемии

1. пиридоксальфосфат
2. десферал
3. **препарат железа**
4. витамин В6

477.

Для талассемии не характерна

1. спленомегалия
2. гепатомегалия
3. **пурпура**
4. кардиопатия

478.

Гематологический признак не характерный для талассемии:

1. мишеневидные эритроциты
2. базофильная пунктуация эритроцитов
3. **снижение осмотической устойчивости эритроцитов**
4. повышение осмотической устойчивости эритроцитов

479.
Биохимический признак не характерный для талассемии
1. **снижение сывороточного железа**
2. повышение сывороточного железа
3. повышение фетального гемоглобина
4. появление аномальных гемоглобинов при электрофорезе

480.
При лечении талассемии не используют
1. **препараты железа**
2. средства, улучшающие микроциркуляцию
3. десферал
4. желчегонную терапию

481.
Основной фактор гемолиза
1. гепатомегалия
2. **укорочение продолжительности жизни эритроцитов**
3. нарушение костномозгового кроветворения
4. гиперспленизм

482.
Какой клинический признак не указывает на внутриклеточный гемолиз?
1. желтуха
2. спленомегалия
3. **пурпура**
4. анемия

483.
Что не относится к клиническим признакам внутрисосудистого гемолиза?
1. анемия
2. изменение цвета мочи
3. признаки тромбофилии
4. **пурпура**

484.
Какой фактор не уменьшает выраженность желтухи?
1. интенсификация глюкуронирования
2. усиление процессов акцепции биллирубина с альбумином
3. уменьшение подкожно-жировой клетчатки
4. **усиление диуреза**

485.
Какой фактор может уменьшить выраженность анемии при гемолизе?

1. желтуха
2. **усиленная регенерация костного мозга**
3. тип конституции
4. избыток железа сыворотки крови

486.
Основной гематологический признак гемолиза
1. **ретикулоцитоз**
2. анемия
3. повышение СОЭ
4. тромбоцитоз

487.
При гемолизе не наблюдается
1. лейкоцитоз
2. нейтрофиллез
3. левый сдвиг нейтрофилов
4. **нейтропения**

488.
Чем обычно не осложняется острый гемолиз?
1. острой почечной недостаточностью
2. комой
3. ДВС-синдромом
4. **кровотечением**

489.
Не является осложнением хронического гемолиза
1. хроническая надпочечниковая недостаточность
2. холелитиаз
3. истощение костного мозга
4. **артропатии**

490.
Основная причина микросфероцитарных гемолитических анемий
1. **врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита**
2. усиление процессов перекисного окисления липидов
3. гиперспленизм
4. иммунные процессы

491.
Что не относится к гематологическим признакам микросфероцитарной анемии?
1. микросфероцитоз
2. ретикулоцитоз
3. снижение осмотической резистентности эритроцитов
4. **положительная проба Кумбса**

492.

Не провоцируют гемолитический криз при микросфероцитарной анемии

1. бактериальная инфекция
2. вакцинация
3. **алиментарные факторы**
4. вирусная инфекция

493.

Наиболее эффективное лечение микросфероцитарной анемии

1. **спленэктомия**
2. кортикостероиды
3. гемотрансфузии
4. гемосорбция

494.

Основная причина наследственных несфероцитарных гемолитических анемий

1. **нарушение активности ферментов эритроцитов**
2. гиперспленизм
3. структурный дефект белков мембраны эритроцитов
4. иммунные процессы

495.

Наиболее частые причины наследственных несфероцитарных гемолитических анемий, кроме

1. дефицита, снижения активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
2. дефицита пируваткиназы
3. дефицита ферментов системы глютатиона
4. **дефицита ферментов мембраны эритроцитов**

496.

Основные провокаторы гемолитического криза при несфероцитарных гемолитических анемиях следующие, кроме

1. инфекций
2. лекарственных препаратов
3. алиментарных факторов
4. **иммунных процессов**

497.

Какие препараты обычно не являются провокаторами гемолитического криза?

1. сульфаниламидные
2. противомалярийные
3. нитрофурановые
4. **пенициллины**

498.

Основная причина гемоглобинопатий

1. **нарушение структуры цепей глобина**
2. нарушение структуры мембраны эритроцитов
3. ферментопатия
4. иммунные факторы

499.

Какой клинический признак не характерен для гемоглобинопатий?

1. проявления тромбофилии
2. спленомегалия
3. гемолитическая анемия
4. **<u>лимфаденопатия</u>**

500.

Что не является критерием диагностики гемоглобинопатий?

1. электрофоретическое определение аномального гемоглобина
2. обнаружение нестабильного гемоглобина
3. выявление аномальных форм эритроцитов
4. **<u>иммунные нарушения</u>**

Ситуационные задачи

И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Участковый врач проводит первичный патронаж к мальчику 1 мес. 15 дней. Анамнез жизни: мальчик от 3 беременности,(1-я мед.аборт, вторая – выкидыш). Матери 27 лет. Во время беременности в 16 и 20 недель была угроза прерывания, дважды переболела ОРВИ. Роды в 32 недели гестации, путем кесарева сечения. Оценка по Ангар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 1800, длина 43 см. К груди приложен на 2 сутки, сосал вяло, срыгивал, получал молочную смесь для недоношенных. Осмотр неврологом: Отмечалась невротическая симптоматика. Не вакцинирован. Масса тела при выписке 2400,0 рост 46 см. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, активный. Удерживает головку в вертикальном положении, прислушивается к голосу, фиксирует взгляд. Имеется первичный мышечный гипертонус верхних и нижних конечностей, сухожильные рефлексы высокие. Рефлексы физиологические : ползание по Бауэру, автоматической ходьбы снижены. Рефлексы Бабкина и Робинсона положительные. Большой родничок 3х3 см, не выбухивает. Над легкими при перкуссии звук легочный, везде одинаковый. Дыхание при аускультации выслушивается пуэрильное, хрипов нет. ЧД 38 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 140 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера 5 раз в день, кашицеобразный, желтый, с кисломолочным запахом. Мочеиспускание безболезненное до 20 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета. Находится на искусственном вскармливании. Получает смесь Nan 1
В	1	Сформулируйте заключение оценки здоровья ребенка.
Э	-	Недоношенный ребенок с низкой массой тела,

		соответствующий сроку гестации, 32 недели беременности(1 степень недоношенности). Перинатальное поражение ЦНС, ранний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Группа здоровья IIБ. Группы риска I, II, II.I
Р2	-	Антрометрические показатели соответствуют сроку гестации, физическое развитие среднее, гармоничное, частота ЧСС 140 , ЧД- 38, кратность мочеиспускания и стула по возрасту. Нервно-психическое развитие несколько страдает из-за перенесенной ПЭП, сохраняется гипертонус верхних и нижних конечностей, имеется гипертонус мышц шеи(ребенок в 1,5 мес не должен держать голову). Эмоциональное развитие соответствует 1 мес. Имеется отклонение в двигательной сфере.
Р1	-	Ребенок недоношенный. ПЭП Группа здоровья II.
Р0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
В	2	Соответствуют ли антропометрические показатели гестационному возрасту ребенка?
Э	-	Весо-ростовые показатели ребенка при рождении соответствуют 32 неделе беременности.
Р2	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
Р1	-	Не указан один фактор риска.
Р0	-	Фактор риска указан неверно.
В	3	Какие этапы выхаживания недоношенных детей вам известны? Как должен наблюдаться недоношенный ребенок в детской поликлинике?
Э	-	Два этапа недоношенных детей. Первый этап – в родильном доме. Второй этап - ребенок выписывается в поликлинику. При возможной стабилизации всех функций органов и систем. Наличие самостоятельного сосания, массы тела 2200,0 – 2500,0, отсутствие заболеваний, достаточного роста гемоглобина в крови. Первичный патронаж недоношенного ребенка осуществляется врачом-педиатром совместно с заведующим отделением – в первый день поступления на участок. Динамические - последующие дни с осмотром неонатологом , неврологом на дому. Далее педиатр осматривает ребенка на дому один-два раза в неделю, в первые 3 -4 месяца и в эпидемический период – только на дому. Явка в детскую поликлинику с 4 до 12 месяцев один-два раза в месяц.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какие советы по питанию дать матери ребенка. Составьте меню-раскладку на 1 день.
Э	-	Показана адаптированная молочная смесь, предназначенная для недоношенных детей в первые 6 месяцев пре-NAN , далее при хороших прибавках массы тела перевод на последующие молочные смеси формулы 2. Расчеты. Объемные метод:1/5 от массы равно 2400 х 1/5 = 480 мл. в сутки. Частота

		кормлений 6 раз через 3,5 часа, разовый объем 80 мл. Потребность ребенка в белках 2,5 гр. на кг. (6 грамм в сутки), в жирах 6,5 гр/кг. (15,6 гр. В сутки) в углеводах 13 гр/кг. (31,2 гр в сутки), 115 ккал на килограмм массы (176 ккал в сутки). Меню-раскладка на один день: в 6-00 час., в 9-30, в 13-00, в 16-30, в 20-00, 23-30 – молочная смесь преNAN по 80 мл. Обязательная профилактика рахита коликальцеферолом)витамин Д3) в дозе 1000МЕ.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный .
Р0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какие профилактические прививки будут выполнены у данного ребенка до 1 года
Э	-	В 1,5 месяца первая вакцинация против вирусного гепатита В, через день – БЦЖ – М ; В 2.5 мес.- первая вакцинация от пневмококковой инфекции, вторая вакцинация против вирусного гепатита В; В 3,5 мес. Первая вакцинация от коклюша, дифтерита, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции; В 5 мес. Вторая вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции и пневмококковой инфекции; В 6 мес. Третья вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции, Третья вакцинация от гепатита В,; В 12 мес. Вакцинация от кори, краснухи, эпидемического паротита.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
Н	-	2
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	При профилактическом осмотре жалобы матери на беспокойство ребенка, залысину и потливость(влажный след на подушке после сна).Ребенку 5 мес., мальчик. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, без патологии, родился в ноябре с массой 3600,0 и ростом 53 см., оценен по шкале Апгар 8-10 баллов. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Находится на грудном вскармливании, получает яблочный сок. В три месяца произведен анализ крови: гемоглобин – 108 гр/л., эритроциты – 3800 /л. В 3,5 мес. Перенес ОРВИ, лечился дома, купание и прогулки прерывались на 2 недели. В 4 мес. на прием не пришел. В 5 мес. Рост 70 см, масса 8600,0. Мальчик интересуется окружающими, улыбается на ласковое обращение, берет игрушку из рук, подолгу гулит, переворачивается со спины на живот. Объективно: состояние близко к удовлетворительному. Бледный, кожа влажная, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно, мышечная гипотония. Голова скошена, уплощена с правой стороны, залысина затылка, большой родничок 1,5х!.% см. Края родничка податливые, теменные и затылочные кости вдоль швов. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура

		развернута. Дыхание в легких пуэрильное, при аускультации. При перкуссии перкуторный тон легочной. Границы сердца при перкуссии не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, частотой 132 уд/мин. Живот несколько увеличен, гипотоничен. Печень +1,5 см. ниже края реберной дуги. Край ровный, эластичный. Стул кашицеобразный, один раз и два раза оформленный был вчера. Диурез в норме.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие причины развития данного состояния.
Э	-	Основной диагноз : витамин Д-дефицитный рахит II степени, острое течение , период разгара, средней степени тяжести – на основании синдрома остеомаляции: скошенность головы, податливость краев родничка и черепных швов, грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура развернута: мышечная гипотония, имеется нарушения функции вегетативной нервной системы: беспокойство, повышенная потливость, залысина в затылочной области. Сопутствующий диагноз: дефицитная анемия I степени тяжести нормохромная. На основании наличия бледности, снижения гемоглобина крови, эритроцитов. Цветовой показатель 0,9. Причины развития рахита – рождение ребенка поздней осенью, (данные о применении витамина Д отсутствуют) недавно перенесенное ОРВИ, в результате чего наблюдалось нарушение режима – прерывание купания и прогулок, а также двигательных нагрузок.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка
Э	-	Физическое развитие – рост выше среднего, (75-90 перц.),нервно-психическое развитие соответствует возрасту 5 мес .Эмоциональное развитие – также 5 мес.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	3	Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать общий анализ крови с полной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением кальция, фосфора, активность щелочной фосфатазы, сывороточного железа, железосвязывающей способности крови, ферритина.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	4	Назначьте медикаментозное лечение

Э	-	Медикаментозное лечение витамином Д (холекальциферол) по 2000МЕ (по 4 капли один раз в день в течении 4 недель.) Далее переходить на профилактическую дозу 500 МЕ (1 капля в течение 2 лет). На 3 году жизни принимать по 500 МЕ ежедневно в течение 1 мес. Препараты железа – ферумлек, актиферрин (10 капель 1 раз в день до нормализации уровня гемоглобина)
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	5	Проведите коррекцию питания.
Э	-	Ребенок в возрасте 4,5 – 5 мес. уже должен получать первый прикорм. Надо ввести, учитывая , что у ребенка есть рахит и анемия, первый прикорм овощной, фруктовое пюре и кашу, обогащенные железом – гречневую. Можно начать с 5,5 мес, учитывая, что у ребенка анемия, при хорошей толерантности к каше и овощам, с 6 мес. мясной фарш к овощному прикорму.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
Н	-	3
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Девочка 6 лет госпитализирована для обследования патологических изменений мочи. Ребенок от1й беременности протекавшей Сугрозой прерывания беременности на ранних сроках и лейкоцитурией. В анамнезе у матери пиелонефрит. Родилась в срок масса-3500г. Длиной52см. Втечении2х первых лет жизни наблюдалась неврологом с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Гипертензионно гидроцефальный синдром. На грудном вскармливании до 6 мес. До 4х лет воспитывалась дома переносила редкие ОРВИ. В легкой форме. С начала до посещения детского сада отмечены частые простудные заболевания до5-6 раз в год.Сэтого же времени стали беспокоить частые болезненные мочеиспускания эпизоды недержания мочи днеми ночью. Иногда беспокоили боли внизу живота при мочеиспускании. При этом эпизоды дизурии сопровождались подъемом температуры до37.5 с незначительными изменениями в общем состоянии ребенка В4 и5 лет лечилась у гинеколога по воду вульвовагинита. В анализах мочи периодически наблюдалась Лейкоцитурия до50-60 в поле зрения. При отсутствии белка и эритроцитов.. По поводу указанных симптомов не обследовалась лечение в амбулаторных условиях. Проводилось родителями домашними средствами – отвар толокнянки и теплые ванночки. Объективно: состояние средней тяжести бледная пониженного питания вялая аппетит снижен. Масса17 кг.

		Рост100см. АД-100,/50 мм.рт.ст. Кожа и слизистые чистые под глазами синева Дыхание в легких везикулярное.ЧД-22 в минуту.Тоны сердца ритмичные ЧСС-89 уд.вмин..Живот мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Мочится достаточно диурез примерно1000мл. стул 1 раз без патологических примесей. При осмотре промежности гиперемия половых губ.. бело желтые выделения.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Инфекция мочевых путей. Хронический цистит. Хронический вульвовагинит. Возможно, у девочки имеется пузырно мочеточниковый рефлюкс. Или врожденный порок мочевой системы. Необходимо обследование в стационаре.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	2	План обследования?
Э	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору анализ мочи по Нечипоренко. Мазок из вульвы на флору Ультразвуковое исследование почек. Цистография. Анализ мочи на солиурез. Анализ мочи суточный по энтеробактериального антигена по Зимницкому. Биохимический анализ крови уровень креатинина с расчетом серости клубочковой фильтрации. Планировать урофлуорометрию реакцию пассивной гемагглютинации или показатель общего антигена бактерий покрытых антителами. БИАтест.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	3	Назовите нормативы бактериальной обеспеченности мочи у детей различного возраста
Э	-	Нормативы бактериальной обсемененности мочи бактериоурия свыше100000 колониеобразующих единиц микроорганизмов в 1мл мочи полученной при свободном мочеиспускании из средней струи мочи в стерильную емкость. 10. 000 и более микробных тел мл мочи собранной с помощью катетера. Любое число колоний в1мл мочи, полученной из надлобковой области путем пункции мочевого пузыря. 50/000 микробных тел в 1 мл мочи для детей первого года жизни E/Coli 10.000 микробных тел вульгарного протея.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно

В	4	Назовите уропатоген , являющийся причиной данного заболевания.
Э	-	В течение длительного периода наблюдения было достоверно установлена ведущая роль бактерий семейства Enteribactereaceu в развитии микробно воспалительного процесса в мочеполовой системе, причем 60-80% случаев приходится на долю E.coli,реже определяются протей, стафилококк, энтерококк, синегнойная палочка и различные их ассоциации.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	5	Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания
Э	-	Отягощенность наследственного анамнеза(пиелонефрит у мамы с обострением во время беременности), патология течения беременности, ребенок относится к группе часто болеющих детей.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
Н	-	4
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Девочка 15 лет на приеме участкового врача с жалобами на сильные приступообразные боли в поясничной области. Боли при мочеиспускании Анамнез заболевания: в течение пяти лет страдает дисметаболической нефропатией; обследована в стационаре, выявленооксалатно-кальциевая кристаллурия. Рекомендованную диету соблюдала эпизодически, терапия проводилась нерегулярно. Наследственность отягощена: у матери ожирение IIстепени и хронический пиелонефрит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь, гипертоническая болезнь. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, беспокойная, не может приять удобную позу, возбуждена. Кожа бледная, легкая пастозность лица. Миндалины увеличены до IIстепени. Задняя стенка глотки розовая. Есть кариозные зубы. Частота дыхания 18/мин, дыхание в легких везикулярное, сердечная деятельность удовлетворительная. ЧСС 100/мин. Тоны ясные, ритм правильный, АД- 127/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень – у края реберной дуги, селезенка и почки не пальпируются. Выраженная болезненность в поясничной области, симптом поколачивания резко положителен с обеих сторон. Моча мутная, ярко желтая. Стул оформленный, регулярный.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Дисметаболическая нефропатия, оксалатно-кальциевая кристаллурия, фаза декомпенсации. Мочекаменная болезнь, почечная колика, острый цистит. Диагноз поставлен на основании выявленных синдромов: болевого, жалобы на приступообразные

		боли в поясничной области. Возбуждение, беспокойство, не может приять удобную позу, при пальпации выраженная болезненность в поясничной области, симптом поколачивания положителен. Дизурического синдрома (боли при мочеиспускании).Отечного синдрома(легкая пастозность лица в результате возможного нарушения уродинамики вследствие обструкции мочевых путей камнем). Мочевого синдрома (мутная моча), а также сведений из анамнеза: ребенок в течение пяти лет страдает дисметаболической нефропатией, в стационаре выявлено оксалатно-кальциевая кристаллурия. Рекомендованную диету соблюдала эпизодически, терапия проводилась нерегулярно.
Р2		Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверный
В	2	Каков план дополнительного обследования
Э	-	Общие анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, УЗИ –почек, мочевого пузыря, органов брюшной полости, экскреторная урография, уроцитограмма, биохимический анализ крови(остаточный азот, мочевина, креатинин, мочевая кислота, кальций, фосфор, аммиак,и щелочная фосфотаза).
Р2	-	Дан полный ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверный
В	3	Консультации каких специалистов нуждается ребенок
Э	-	Консультации специалистов: уролога, так как приступ почечной колики требует экстренной помощи и госпитализации в урологическое отделение; нефролога,(при неадекватном лечении дисметаболической нефропатии имеется прогрессирующее течение, которое рано приводит к нефролитиазу и хронической почечной недостаточности; стоматолога (наличие кариозных зубов, требующие санации); ЛОР-врача (миндалины увеличены до IIстепени.
Р2	-	Дан полный ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверный
В	4	Опишите тактику ведения ребенка. Обоснуйте лечение с выбором медикаментозной терапии.
Э	-	Стол по М.И.Певзнеру № 6: прием большого количества жидкости; исключить из питания щавель, петрушку, кинзу, сельдерей, салат, шпинат, крепкие мясные бульоны, уху,грибы,какао, шоколад, крепкий чай, кофе, красную смородину, отвар шиповника; Рекомендуется капустно-картофельная диета две-три недели каждого месяца. Супы и борщи вегетарианские с отварным мясом, рисом, сметаной.Разрешены мед, фрукты (груши, яблоки, абрикосы), соки, компоты. Из медикаментозных препаратов : ингибиторы

		реабсорбции солей, двухпроцентный раствор этидроновой кислоты(Ксидифон) , перидоксин (витамин В6), препараты магния, активатор интермедиального обмена – тиамин(витамин В1), антиоксидант-витамин Е. Антибактериальная терапия ; амоксициллин плюс клавулановая кислота внутрь 7 дней. При мочекаменной болезни дистанционно ударная волновая липотрепсия, являющаяся неинвазивным и безопасным методом при наличии камней в почках. В основе образования ударных волн с помощью специального генератора и фокусировка этих волн на камни, что приводит к его разрушению.
Р2	-	Дан полный ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверный
В	5	Опишите план дальнейшего наблюдения
Э	-	Ребенок нуждается в диспансерном наблюдении IV группе с последующим переходом в III группу. Объем обследования: общий анализ мочи – ежемесячно, завести мочевой лист, проба по Зимницкому, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристаллообразующей способности мочи, показателей перекисного окисления липидов, УЗИ почек один раз в год; биохимический анализ крови, исследование аммиак, титруемые кислоты суточной мочи, активность фосфолипазы, щелочная фосфотаза, креатинкиназа- два раза в год; суточная экскреция оксалатов с мочой, фосфор крови и мочи, экскреция с мочой кальция, аммиака, титруемых кислот, калия, натрия, мочевой кислоты - два раза в год.
Р2	-	Дан правильный полный ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверный
Н	-	5
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.

Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неполный
В	2	Тактика ведения новорожденного.
Э	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
Э	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
Э	-	Вскармливание грудным молоком.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
Э	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
Н	-	6
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Анамнез: Беременная женщина 27 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдалась совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и в женской консультации по месту жительства, получала антиретровирусную терапию. В родах - Невирапин (вирамун) - 1 таблетка (0,2 грамма препарата) перорально однократно с началом родовой

		деятельности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 5 часов, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 35 см Состояние с рождения расценено как удовлетворительное. Период респираторной адаптации протекал гладко.
В	1	Какие нарушения тактики ведения родов можно отметить?
Э	-	Никаких - во время родов нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как увеличивается риск инфицирования ребенка. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции.
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	2	Нуждается ли ребенок в проведении антиретровирусной терапии?
Э	-	Обязательно
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	3	Если нуждается, какая комбинация препаратов применяется?
Э	-	Невирапин+азидотимидин+эпивир
Р2	-	Дан правильный ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	4	Как в данном случае назначается грудное вскармливание?
Э	-	Грудное вскармливание противопоказано
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный
Р0	-	Ответ дан неверно
В	5	Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, может сниматься с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев при условии:
Э	-	отрицательного результата исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА + отсутствия клинических проявлений ВИЧ-инфекции + отсутствия гипогаммаглобулинемии
Р2	-	Дан полный развернутый ответ
Р1	-	Ответ дан неполный

Р0	-	Ответ дан неверно

	-	7
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6мес на плановом профилактическом приеме. Анамнез жизни . Девочка от 2-й беременности.протекавшей на фоне токсикоза в обе половины . На 32 неделе беременности перенесла ОРВИ . 1-ая беременность мед .аборт. Роды на сроке 40 недель. По шкале Апгар оценена на7-8 баллов. Масса тела при рождении-3100г. Длина-50см. До 3 мес. Была на грудном вскармливании У матери снизилась лактация была переведена на смесь NAN-1. В настоящее время получает 6 кормлений в день по 160.0 . 5раз см.NAN и 1 раз в день гречневая каша.Фруктовое пюре . соки. В возрасте 3-.4- 5 мес проведена вакцинация АКДС и полимиелит. Объективно- состояние удовлетворительное. Масса тела 6800г длина 65 см. Хорошо держит голову опираясь на руки . Переворачивается пытается ползать. Гулит и улыбается на обращенную речь. Кожа и слизистые чистые. Большой родничок - 1на1см. не напряжен В полости рта 2 зуба. язык розовый. Перкуторно над легкими звук легочной. Границы сердца не расширены.При аускультации дыхание в легких пуэрильное хрипов нет. Тоны сердца четкие и ритмичные чатотой 136 в мин. ЧД.-38 в мин.Живот мягкий доступен глубокой пальпации.Печчень+1.5 см край ровный эластичный Селезенка не пальпируется..Стул и диурез не нарушены.
	1	Проведите комплексную оценку здоровья. К какой группе риска можно было бы отнести данного ребенка.
	-	Онтогенез данного ребенка несколько отягощен. Физическое развитие среднее гармоничное-25-75 перц. Нервнопсихическое развитие – показатели соответствуют 6 мес. Резистентность хорошая . Индекс острых заболеваний - =0.15.Функциональное состояние органов и систем без отклонений. Практически здорова. Риск перинатального поражения ЦНС. Учитывая во время гестации токсикоз и перенесенную ОРВИ оценку по шкале Апгар 7-8 баллов-асфиксию легкой степени.Факторы риска не реализовались. Группа здоровья 11А
2	-	Дан полный развернутый ответ.
1	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
	2	Какие отклонения в вакцинации ребенка обнаружены?Назовите план вакцинации до1 года.
Э	-	Прививка БЦЖ проведена в род .доме. Первая вакцинанацияАКДС+инактивированная полиомиелитная вакцина была проведена в 3мес и 4 мес и 5 мес .нет вакцинации и

		ревакцинации против пневмококковой инфекции. Необходимо проведение вакцинации против вирусного гепатита В затем в12мес против кори .краснухи и паратита.
2	-	.Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан не полный
0	-	Ответ дан не верно.
	3	Каков план наблюдения за ребенком во вторую половину первого года жизни..
	-	Режим 111 -5 кормлений через 3.5-4 часа 2 дневных сна продолжительностью 2-2.5ч. ночной сон 11часов. Прогулки 4-5 часов питание по возрасту с введением кисломолочной смеси мясного фарша ЛФК и массаж.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие педагогические рекомендации на следующий эпикризный с
	-	Педагогические рекомендации- ребенок к 7 мес должен уметь ползать. Стоять у опоры пытаться самостоятельно сесть. Длительно заниматься игрушками. Громко повторно произносить различные слоги Стимулировать развитие этих навыков.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по питанию. Составьте меню раскладку на 1 день.
	-	.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
		Рекомендации по питанию- ввести мясное пюре одно кормлениепресной молочной смеси заменить на кисломолочную адаптированную смесь перейти на молочные смеси формулы 2. Потребность ребенка в белках 2.6г.кг. в жирах-6.0 -2 в углеводах-13г.кг. Расчет питания 6.8кг.110ккал,кг.= 748ккал .6чутра- молочная смесь NAN-2ф -200мл.10ч утра гречневая каша 160.0г.+сливочное

		масло 4г. Фруктовое пюре.40мл. 14ч. Дня овощное пюре растительное масло4г. Мясное пюре 30г. Фруктовый сок 30мл. 18ч вечера смесь NAN-2-200мл. 22ч- адаптированная смесь NAN-2ф
	-	8
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На профилактическом приеме мать с ребенком 8 мес. Жалобы матери на бледность ребенка с 4-5 мес. Слабость снижение аппетита. Анамнез жизни- девочка от2 беременности протекавшей сгестозом на фоне анемии во 2 половине беременности.Роды вторые срочные. Масса при рождении2900 длина48см. .Введены соки и фруктовое пюре.Обективно- состояние ближе к средней тяжести. Масс тела в 8мес 7400 длина 70см. Кожные покровы и слизистые бледные. Подкожножировой слой на животе+1см. мышечная гипотония.Дыхание в легких пуэрильное частота дыхания 34 в мин. Тоны сердца ясные на верхушке сердца выслушивается систолический шум .Частота сердечных сокращений 130 в мин. Печень +3см из подребра. Край ровный гладкий. Селезенка не пальпируется.Стул диурез не нарушены. В клиническом анализе крови Гемоглобин-95гл Эритроциты-3800000 Лейкоциты7300 СОЭ-5мм.ч Анализ мочи- Уд.вес-1015цвет соломенно- желтый белок –нет Лейкоциты 2-5 в п.зр.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Проведите комплексную оценку здоровья с определением группы здоровья
	-	Онтогенез ребенка отягощен Родилась с малым весом 2900 и длиной 48см к 8 мес сохраняется равномерное отставание по массе и росту физическое развитие среднее гармоничное Нарушено функциональное состояние органов и систем. Группа здоровья 11Б. Анемия железодефицитная гипохромная легкой степени тяжести. Диагноз анемии выставлен на основании жалоб матери на бледность наличия астенического синдрома слабость вялость снижение аппетита анемического синдрома в клиническом анализе крови Гемоглобин-95гл эр3800000 цветовой показатель-0.75. Умеренно выраженная мышечная гипотония.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каков патогенез заболевания.
	-	У матери во время беременности гестоз во 2-ю половину беременности -анемия . Вторая половина беременности –основа дефицита запасов железа.Высокаяинтнсивность метаболических процессов на первом году жизни с ранним переводом на икусственное вскармливание и отсутствие своевременного введения блюд прикорма привела к быстрому истощению антенатального запаса железа.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назначьте дополнительное лабораторное обследование
	-	Дополнительное обследование повторный анализ крови с определением гемоглобина. Эритроцитов ретикулоцитов лейкоцитов и полной лейкоцитарной формулы. Вбиохимическом анализе крови определение сывороточного железа ферритина и общей железосвязывающей способности крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Проведите коррекцию в питании Какой из препаратов железа порекомендуете ребенку.
	-	Ребенку необходимо ввести прикормы овощной и гречневую кашу и постепенно вводить мясной фарш. Вводить и другие отечественные каши обогащенные железом. Лечение следует провести препаратом феррум-лек в сиропе по 5 капель 2 раза в день2 месяца –восстановление нормального уровня гемоглобина .Затем по5 капель 1 раз в день 1 месяц- -восстановление запасов железа в организме.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назовите рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка в детской поликлинике.
		. Диспансерное наблюдение ребенка в группе здоровья11Б .Осмотр педиатром 2 раза в месяц с оценкой общего анализа крови .Повторить общий анализ крови через 6мес. Затем 1раз в месяц в течении года затем 1 раз в 3месяца. Снятие с учета производится при нормализации показателей красной крови сывороточного железа общей связывающей способности сыворотки крови ферритина в течение 1года . Девочка после нормализации гемоглобина должна находится в группе риска по анемии не менее 6 мес. Консультация гематолога показана если анемия рефрактерна к ферротерапии.
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	9
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 2г8мес.Жалобы- на частый и сухой кашель одышку повышение температуры тела до 38.6 С.Заболел остро 2дня назад лечили дома самостоятельно.но в связи с увеличением одышки на 3-й день обратились к врачу детской поликлиники. Анамнез жизни- мальчик от первой беременности протекавшей без особенностей.Роды срочные масса тела при рождении 3300.0г длина 51 с. Начал посещать детское учреждение с1г.7 мес. Стал болеть ОРВИ перенес тяжести 6 заболеваний. Одышка появилась впервые. Объективно-состояние средней тяжести температура 37.6. Кожа бледная цианоз носогубного треугольника.Носовое дыхание затруднено отмечается слизистое отделяемое . Задняя стенка глотки гиперемирована. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура.Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. При аускультации на фоне удлиненноговыдоха выслушиваются рассеянные свистящие сухие и разнокалиберные влажные хрипы.Частота дыханий 40 в мин, Тоны сердца приглушены ритмичные ЧСС 126 в минуту. Живот мягкий .доступен глубокой пальпации безболезненный Печень+1.5см из под края реберной дуги. Край ровный гладкий. Стул диурез не нарушены. Общий анализ крови- RBC 3500000. Hgb85г/.л ретикулоциты 6 промили нейтрофилы 48 палочкоядерные-2. LYM -38 BA -1 EOS-3 MON-8 микросфероцитоз и анизоцитозСОЭ-19мм ч.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.?
	-	Диагноз - Острый обстуктивный бронхит-установлен на основании развития заболевания –болен в течении3-х дней.Одышка появилась на 3 день заболевания.На основании клинических данных выделяются следующие синдромы .о бщеинфекционно - интоксикационный повышение температуры - В общем анализе кровиэВ общем анализе крови умеренное увеличениеСОЭ лейкопения с лимфоцитозом.Катаральный частый сухой кашель слизистое отделяемое. Задняя стенка глотки гиперемирована Бронхобструкивный синдром .Дыхательная недостаточность 1степени. Признаки экспираторной одышки тахипноэ в покое. Сопутствующийдиагноз дефицитная гипохромная анемия 11степени на основании анемического синдрома гипохромия ЦП-0.7 норморегенераторная-ретикулоциты- в норме средней степени тяжести по содержанию RBC и Hgbмикросфероцитозанизоцитоз
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие необходимы дополнительные методы обследования
	-	Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой проэкции бактериологический посев мокроты с определением чувствительности тесты на выявление скрытого бронхоспазма. С-реактивный белок сывороточное железо коэффициент насыщения трансферином общая железосвязывающая способность сыворотки крови ферритин в сыворотке крови содержание иммуноглобулина Е-IgE Вирусологическое исследование.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назначьте лечение.
	-	Режим постельный в острый период диета 16 стол. Ингаляции с Iprutropiibromidi по одной ингаляции 3 раза в день амброгексал по 2.5мл. 3 раза в день после еды. Феррум-лек по15 капель 2 раза в день 1.5 мес.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план наблюдения и план профилактических прививок ребенка на 3 году жизни.
	-	Диспансерное наблюдение по11 Б .группе здоровья. Педиатр - 2 раза в год . хирург .ортопед .невропатолог. стоматолог. ЛОР-. врач. окулист . детский уролог-андролог. Психиатр. В три года –общий анализ крови и общий анализ мочи.Иследование глюкозы в крови . Диспансеризация по поводу дефицтной анемии. Контроль общего анализа крови через 2 недели и далее 1 раз в месяц. Назначение препарата железа в половинной дозе в течение месяца после нормализации уровня эритроцитов и гемоглобина в общем анализе крови. Вакцинация против гриппа ежегодно. Если не была проведена вакцинация против полиомиелита в текущем году то провести ее через месяц после выздоровления.
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте меню –раскладку на один день
	-	Первый завтрак 8ч утра- гречневая каша на молоке 200г. яйцо. Яблочный сок 80мл. хлеб пшеничный 10г. масло сливочное 5г. Второй завтрак в 11ч. Молочная смесь NAN-3. Обед-13ч. Вермешелевый суп на мясном бульоне 100мл. котлета мясная 70г. Овощное пюре 100г. Компот из сухофруктов90мл. хлеб ржаной 10г. Полдник -16ч кисломолочная смесьNAN-3 -150мл. творожная запеканка 50г. Яблоко 50Г. Ужин-19ч. Овощное пюре 100 г. Булка 10г. Сливочное масло 5г. Молоко 60мл.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	10
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Анамнез: мать – 25 лет, в браке, беременность 3-я роды 1. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами на ранних сроках по желанию женщины. Во время данной беременности – на учете с 8 недель беременности, обследована. 3-й тест на сифилис – положительный, получила курс лечения Бензилпенициллином после 33-й недели беременности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 10 час, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 34 см.
	1	Диагноз?
	-	Профилактическое лечение сифилиса.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Нуждается ли ребенок в проведении специфической терапии?
	-	Обязательно
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	3	Каким антибактериальным препаратам необходимо отдать предпочтение?
	-	Бензилпенициллина натриевая или новокаиновая соль, ампициллин, цефтиаксон
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	План обследования?
	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое обследование на сифилис – ИФА. РПГА, РИФ, РИБТ, рентгенограмма легких, трубчатых костей, осмотр: невролога, оториноларинголога, окулиста.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Продолжительность курса лечения?
	-	10 дней
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	11
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 12 лет Вызов врача на дом. Болен в течение2-х недель перенес ОРВИ с подьемом температуры до 39 градусов.с выраженными катаральными явлениями со стороны носоглотки Отмечались сухой не продуктивный кашель и явления ринита.Лечился амбулаторно с положительным эффектом. Температурная реакция нормализовалась. Вчера вечером вновь подъем температуры до38.6 градусов вновь появился кашель с плохим отхожденим мокроты. Объективно-состояние средней тяжести за счет интоксикации и гипертермии.Вялый аппетит снижен жидкость пьет хорошо.Видимые слизистые розовые чистые.Кожные покровы бледные чистые. Периоральныйцаноз Задняя стенка глотки

		умеренно гиперемирована .Минндалины не увеличены без налетов. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Микрополиадения. Частота дыханий 24 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Обе половинки грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания Перкуторно укорочение перкуторного тона паравертебрально справа и под лопаткой справа в6 сегменте Дыхание в легких жесткое .под углом лопатки справа ослабление дыхания здесь же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы Тоны сердца приглушены. ЧСС-100ударов в минуту. Живот мягкий доступен глубокой пальпации без болезненный. Печень по краю реберной дуги край ровный . Селезенка не пальпируется. Мочится обильно. Стул был вчера оформленный.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Острая внебольничная правосторонняя пневмония. Средней степени тяжести. ДН -1. Диагноз пневмонии поставлен на основании клинических симптомов –интоксикации гипертермии локальных перкуторных и аускультативных данных свидетельствующих о поражении легочной ткани. Периоральный цианоз умеренная одышка в покое- соотношение пульса к дыханию 1к 5. Р-100ударов в мнуту ЧД-24 в мин.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Диагноз пневмонии следует дифференцировать с ОРВИ- при котором выражены катаральные изменения со стороны носоглотки и не всегда имеется кашель. Также дифференциальный диагноз следует проводить с острым бронхитом. Один из симптомов острого катарального бронхита- кашель. При бронхите при аускультации выслушиваются симметрично над обоими легкими сухие хрипы и влажные крупнопузырчатые. Для пневмонии характерна локальность поражения. Также дифференцировать следует с туберкулезом. Начало туберкулеза почти бессимптомное утомляемость недомогание покашливание потливость.. в то время как для \пневмонии характерно выраженное начало гипертермия нередко с ознобом.
2	-	Ответ полный
1	-	Ответ дан не полный
Р0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие обследования следует провести для потверждения диагноза пневмония.

	-	Необходимы клинический анализ крови в котором при пневмонии отмечается лейкоцитоз с нейтрофилезом со сдвигом влево и ускоренное СОЭ. При бронхите в клиническом анализе крови чаще лейкопения с нейтропенией и относительным лимфоцитозом а при туберкулезе чаще умеренный лекоцитозлимифопения и моноцитоз. Необходимо также сделать и ретгенологиеское исследование грудной клетки в двух проэкциях.При пневмонии на рентгеновских снимках пневмонический очаг в виде инфильтрации при очаговой пневмонии при сегментарной пневмонии поражение одного или 2 сегментов при долевой пневмонии поражение целой доли инфильтративными изменениями. При бронхите на ренгенограммах симметричное усиление легочного рисунка а при туберкулезе поражение легких выглядит в виде четких округлых полиморфных очагов чаще в верхней доле. Проводится также и посев мокроты – при пневмонии высев чаще пневмококка но может быть и другая бактериальная флора При туберкулезе выделяются микобактерии туберкулеза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие показания к госпитализации при певмонии.?
	-	Показаниями к госпитализации при подозрении на пневмонию могут быть дети новорожденные и первых месяцев жизни дети до года с выраженной гипертермией у старших детей выраженная плохо купируемая гипертермия тяжелая степень дыхательной недостаточности потеря сознания различные осложнения со стороны других органов и систем.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое наблюдение рекомендуется после выздоровления от пневмонии
		После выздоровления от пневмонии рекомендуется диспансерное наблюдение за ребенком в течении3-х месяцев наблюдение педиатром по показаниям пульмонологом контроль за анализами крови. ЛФК массаж.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	12
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 13 лет переносит ОРВИ. Болен 3 день высоко лихорадит выражены катаральные явления со стороны носоглотки. Пришел в поликлинику для сдачи крови на общий анализ по направлению педиатра При взятии крови из пальца у мальчика появились слабость. Головокружение. тошнота шум в ушах . резкая бледность . Мальчик потерял сознание. Объективно-состояние средней тяжести. Зрачки расширены. Реакция на свет ослаблена. Кожне покровы бледные с мраморностью покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения нитевидный – 50 ударов в минуту Артериальное давление резко снижено 60/ 30мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. Учащенное 20 в мин.. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены Брадикардия Р-50уд. в мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.
	1	Что случилось сребенком? Поставьте диагноз.
	-	У ребенка возникла острая сосудистая недостаточнось. Коллапс.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Что лежит в основе данногосостояния.
	-	В основе данного состояния лежит острая сосудистая недостаточность. Резкое снижение снижение сосудистого тонуса Уменьшение объема циркулирующей крови. Гипоксия мозга .угнетение важных функций организма.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какая необходима помощь мальчику при острой сосудистой недостаточности?
	-	свободное дыханиеУложить ребенка горизонтально с опущенным головным концом и приподнятыми ногами обеспечить свободное дыхание расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить достаточный приток свежего воздуха.согретьребнка обтереть лицо холодной водой . поднести к носу томпон смоченный нашатырным спиртом При затяпувшемся обмороке 10раствор кофеина 01мл на год жизни-1.3мл преднизалон 10мг на кг веса Укладка ребенка с .опущенным головным концом для усиления притока крови к

		голове.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Подлежит ли ребенок госпитализации в этом состоянии.
	-	При затянувшимся обмороке с тяжелыми клиническими проявлениями ребенка госпитализируют. Транспортировку в стационар производят в горизонтальном положении.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Каковы основные причины возникновения острой сосудистой недостаточности .
	-	Острое инфекционное заболевание ОРВИ. Грипп. Бронхит пневмония. Острая кишечная инфекция . передозировка гипотензивных средств острая кровопотеря острая надпочечниковая недостаточность тяжелая травма .синдром вегетативной дисфункции
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
		13
		Девочка, 12 лет, обратилась на консультацию к кардиологу в связи с приступами потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что первый приступ потери сознания возник в возрасте 10 лет во время катания на аттракционе в парке. Приступ сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. В связи с обмороком больная проконсультирована кардиологом в одной из ведущих кардиологических клиник, проводилось суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ. Исключены кардиальные причины синкопе, лечение не назначалось. В возрасте 11 лет повторный приступ потери сознания: после активной игры поднялась на второй этаж и потеряла сознание. В 12 лет два синкопальных эпизода: во время спокойной езды на велосипеде и на фоне бега. Продолжительность всех обмороков около 1 минуты. Некоторые приступы сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. Перед потерей сознания сердцебиение. После обмороков слабость, головная боль.

		Анамнез жизни: девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Вторая из двойни. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2 раз в год). Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. С 10 лет занимается конным спортом Семейный анамнез: у матери приступы потери сознания в детстве на фоне волнений, без видимой причины, не сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 154 см, вес 41 кг. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. На верхушке и в т. Боткина систолический шум, интенсивностью 2/6, экстракардиально не проводится. ЧСС 64 в мин. (лежа). АД 84/50 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный. Менструации с 11 лет, регулярные, по 5 дней через 30 дней, безболезненные. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64-74 в мин. (25-50 перцентиль). ЭОС не отклонена. PQ 0,09-0,10 сек. (укорочение PQ). QT 400 мс, QTc=444 мс (на ЧСС 74 в мин). Стоя синусовый ритм с ЧСС до 124 в мин. Электролиты крови в норме. Суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ: в дневное и ночное время синусовый ритм. Укорочение интервала PQ (0,08-0,09 сек.) . ЧСС ср. днем - 75 уд/мин. (норма 85-96). ЧСС ср. ночью - 57 уд/мин. (норма 66-74).ЧСС ср. сутки - 67 уд/мин. (норма 75-87).ЦИ - 1,32 (норма-1,24-1,38). Правильный циркадный профиль сердечного ритма.В период бодрствования (по дневнику подъем на 2 этаж, сердцебиение, сопровождающееся головокружением) эпизод полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. Паузы ритма до 1384 мс (норма не более 1500 мс). Продолжительность интервала QT на минимальной ЧСС 45 уд/мин. 480 мс (норма 390-480 мс). Автоматический анализ интервала QT (по 1 каналу): QTo- 429 мс (N 330 - 400 мс), QToc -446 мс (N 400 - 450 мс), QTp-345 мс (N 255 -310 мс), QTpc - 359 мс (N305 -360 мс). QT max - измерение неверно. Параметры частотной адаптации интервала QT в пределах нормы. Эхокардиография: признаки пороков сердца не выявлены. Размеры полостей и сократительная способность миокарда в норме. Открытое овальное окно 1,5 мм в диаметре.
	1	Укажите наиболее вероятную причину обмороков. Обоснуйте свой ответ.
	-	Наиболее вероятная причина синкопальных состояний – полиморфная желудочковая тахикардия. Связь синкопальных состояний с физической нагрузкой, регистрация во время физической нагрузки (по дневнику подъем на 2 этаж) при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной

		(двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин., сопровождающейся клинически сердцебиением, головокружением.
2	-	Ответ верный.
1	-	Ответ частично верный: правильно указана причина обмороков, отсутствует обоснование или обоснование неверное.
0	-	Ответ неверный.
	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
		Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синкопальная форма. Открытое овальное окно 1,5 мм.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии установлен на основании анамнеза (синкопальные состояния, связанные с физической нагрузкой, сердцебиение перед обмороками), объективных данных (регистрация при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. во время физической нагрузки, нормальная продолжительность интервала QT;отсутствие структурной патологии сердца по данным эхокардиографии, которая могла быть связана с развитием полиморфной желудочкой тахикардии; отсутствие электролитных нарушений). Брадикардия в сочетании с укороченным интервала PQ характерна для детей с синкопальной, злокачественной формой катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией. Открытое овальное окно диагностировано при проведении эхокардиографии.
2	-	Диагноз обоснован верно.
1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм.
0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
	4	Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки.
	-	Учитывая установленный клинически диагноз катехоламинергической полиморфной желудочкой тахикардии, отсутствие в анамнезе указаний на эпизод остановки сердца с проведением реанимационных мероприятий, ранее проводимую антиаритмическую терапию, назначение бета-блокатора. Согласно национальным рекомендациям по определению риска и

		профилактике внезапной сердечной смерти бета-блокаторы должны быть назначены всем больным с установленным диагнозом катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией вне зависимости от наличия клинических проявлений (класс рекомендаций I, уровень доказательности С). Показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора будут являться рецидив синкопальных состояний на фоне приема бета-блокатора - первичная профилактика внезапной сердечной смерти и остановка сердца – вторичная профилактика (класс рекомендаций I, уровень доказательности С).
2	-	Тактика лечения (включая обоснование) выбрана верно.
1	-	Тактика лечения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно
0	-	Тактика лечения данного пациента выбрана и обоснована неверно.
	5	Дайте рекомендации по дальнейшим занятиям конным спортом, физкультурой в школе у данной пациентки.
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу у больных с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардий при наличии клинических симптомов прогноз крайне неблагоприяный без наличия имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов и такие пациенты должны быть отстранены от занятий соревновательными видами спорта, включая конный спорт. От уроков физкультурой в школе девочка должна быть тоже отстранена.
2	-	Ответ верный.
1	-	Ответ частично верный: отсутствуют или неправильные рекомендации по дальнейшим занятиям спортом или физкультурой в школе.
0	-	Ответ неверный.
	-	14
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Мальчик 14 лет, поступил в стационар экстренно с жалобами на приступ затрудненного дыхания, сопровождающийся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, подъемом АД до 135/70 мм рт.ст. на фоне тахикардии В течение последнего года было 3 аналогичных приступа, последний - месяц назад после острого респираторного заболевания, на фоне высоких психо-эмоциональных нагрузок. Приступы длительностью до 10 мин., купируются самостоятельно или при применении физических методов (горячая вода, глубокое дыхание). Обычный уровень АД в пределах нормы, с тенденцией к гипотонии, умеренной брадикардии. Анамнез жизни: ребенок от первой неосложненной

		беременности. Роды - срочные, физиологические. Родился с массой - 3150 г. Рост - 51 см. Апгар - 8/9. Крик - сразу. Особенности периода новорожденности - без патологии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. На 1 году жизни синдром гипервозбудимости. Оперативное лечение: в 3 года- фимоз, в 11 лет аденотонзилотомия. В настоящее время наблюдается неврологом, психиатром с диагнозом: синдром Туретта. Панические атаки. Получает тиаприд (нейролептик) и афобазол. Состоит на диспансерном учете у отоларинголога - хронический тонзиллит, стадия компенсации. Наследственность: мама - артериальная гипотензия, отец - склонность к АГ. По линии матери - СД 2 типа, ожирение, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия. По линии отца: инсульт, СД 2 типа, синдром WPW. Занимается в музыкальной школе, в секции баскетбола. Толерантность к физическим нагрузкам хорошая. Клиническое обследование: Длина тела 166 см, масса - 59 кг. В прошлом году — ростовой скачок на 10 см. Телосложение нормостеническое. Осанка правильная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Акрогипергидроз, усиленный сосудистый рисунок кистей рук. Область сердца - не изменена. Тоны сердца - ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. В легких дыхание - везикулярное. ЧД 20 в мин.. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 17,4 ед/л, холестерин 4,75 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,7, билирубин общий 14,8 мкмоль/л, мочевина 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 294 мкмоль/л, глюкоза 4,66 ммоль/л, белок 78 г/л. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Полувертикальная позиция сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 107/62 мм рт ст., среднедневное АД 110/65 мм рт. ст., средненочное АД 100/57 мм рт ст. За время наблюдения в стационаре отмечалось две приступа затрудненного дыхания и подъема АД, купированы приемом валерьяны и пустырника.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз с учетом требований МКБ 10
	-	Вегетативная дисфункция G90.9, кризовое течение (симпато-адреналовые кризы в структуре панических атак).
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз верный по сути (например, вегето-сосудистая дистония), не соответствует современным требованиям МКБ 10
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Дайте обоснование диагноза

	-	Диагноз вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб больного на приступы затруднения дыхания, сопровождающееся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, эпизоды повышения АД до 135/70 мм. рт. ст., проявления периферической вегетативной дисфункции. Имеется связь усугубления симптоматики с ростовым скачком
2	-	Диагноз обоснован верно.
1	-	Диагноз обоснован не полностью
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
	-	Учитывая отягощенную наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, необходимо оценить факторы риска. Целесообразно проведение ЭХО-КГ для выявления гемодинамических и структурных нарушений; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния глазного дна; ультразвуковое исследование почек; УЗДГ сосудов головного мозга для оценки кровотока в магистральных артериях головы; оценки функции внешнего дыхания Кризовое течение АГ требует исключения феохромоцитомы.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1	-	План дополнительного обследования составлен избыточно, или не включает все необходимые компоненты.
0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования, включая обследование для исключения феохромоцитомы.
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием гипотензивных препаратов. Какие препараты рекомендуете? Обоснуйте свой выбор.
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базового лечения не требуется (по результатам суточного мониторирования АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средненочное АД 113/67). При повышении АД и учащении ЧСС во время приступа — разовый прием метопролола 12,5 мг — под язык. В качестве основной терапии рекомендуется прием препаратов из группы анксиолитиков, психотерапия.
2	-	Лечение обосновано правильно.
1	-	Лечение обосновано частично.
0	-	Лечение не обосновано.

	5	После выписки из стационара в соответствии с рекомендациями педиатра проведена коррекция режима дня и питания, двигательного режима, закончен курс лекарственной терапии, проведены занятия с психотерапевтом. При повторном осмотре через 6 мес – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако панические атаки не повторялись ни разу. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Сделать акцент на здоровом образе жизни, достаточная физическая активность, продолжить занятия с психотерапевтом. В настоящее время в лекарственной терапии не нуждается.
2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1	-	Тактика ведения пациента обосновано частично.
0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
	-	15
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Мальчик, 9 лет, поступил в стационар в плановом порядке с жалобами на головную боль, энурез. Головная боль беспокоит в течение 2-х недель, практически ежедневно, локализация болей преимущественно в теменных областях, чаще в утренние часы, усиливается на фоне психо-эмоциональных нагрузок, тошнотой и носовыми кровотечениями не сопровождается. АД на фоне головных болей не измеряли. Купируется самостоятельно. Головных болей при физических нагрузках не отмечал. Метеозависимость отсутствует. Физические нагрузки переносит хорошо, переносимость душных помещений и транспорта хорошая. В раннем возрасте наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии, синдрома гипервозбудимости, пирамидной недостаточности, цефалгии. С 7 лет состоит на диспансерном учете с дисфункцией синусового узла, недифференцированной дисплазии соединительной ткани. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. Посещает среднюю школу с углубленным изучением иностранного языка, успеваемость средняя. Дополнительно посещает занятия футболом 3 раза в неделю в течение 4 лет. Отношения со сверстниками и в семье хорошие. Наследственность не отягощена. Объективно: Состояние удовлетворительное. Длина тела - 138 см, масса тела - 31 кг, ИМТ 16,2. Осанка сколиотического типа. Телосложение нормостеническое. Кожа обычной окраски, чистая. Область сердца визуально не изменена, патологической пульсации нет. Верхушечный толчок в V межреберье кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы. Границы сердца не расширены. Тоны сердца громкие, соотношение тонов не нарушено, ритмичные, мягкий систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС в клиностазе 46 в мин, ЧСС в ортостазе 60 в мин.,

		ЧСС после 15 приседаний 100 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс на лучевых, бедренных артериях ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыханий 19 в мин. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 25,7 ед/л, холестерин 4,25 ммоль/л, билирубин общий 5,1 мкмоль/л, мочевина 3,4 ммоль/л, креатинин 47 мкмоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, белок 68 г/л, калий 5,0 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, кальций общ 2,54 ммоль/л, КФК 189 ед/л, КФК-МВ 16 ед/л, АСЛО 45,4 МЕ/мл. Гормональный профиль: ТТГ 3,32 мкМЕ\мл (норма 0,27-4,2), Т4 свободный 17,51 нмоль/л (норма 12,0-22,0), антитела к ТПО 1334 МЕ/мл (норма 0-30), АТ к тиреоглобулину 0,57 МЕ/мл (норма 0-30 МЕ/ мл). Клинический анализ мочи, посев мочи на флору — без патологических изменений. ЭКГ: Эктопический правопредсердный ритм, брадикардия с ЧСС 50 в мин, эпизоды миграции водителя ритма с ЧСС 57 в мин, на вдохе — синусовая брадикардия с ЧСС 60 в мин. Стоя — синусовый ритм с ЧСС 91 в мин. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Холтеровское мониторирование: признаки вегетативной дисфункции синусового узла. Наджелудочковая экстрасистолия 4173 в сутки. ЭЭГ: умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга с неустойчивым функциональным состоянием нейронов коры на фоне дисфункции регуляторных структур таламо-диэнцефального уровня, с процессами возбуждения на фоне нагрузки. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
	-	Вегетативная дисфункция G90.9. Нарушение ритма сердца: наджелудочковаявагозависимая экстрасистолия, дисфункция синусового узла. НК0. Энурез. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз отражен частично.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Дайте обоснование диагноза
	-	В ходе обследования выявлено вагозависимое нарушение ритма сердца: наджелудочковая экстрасистолия (4173 в сутки по ХМЭКГ), а так же дисфункция синусового узла, представленная брадикардией, преимущественно в ночное время. Признаки недостаточности кровообращения отсутствуют. О наличии вегетативной дисфункции свидетельствует

		перинатальная энцефалопатия как предрасполагающий фактор, связь соматических жалоб с психоэмоциональным напряжением. Энурез требует расшифровки, вероятно следует говорить о моносимптомномэнурезе. Он может быть одним из проявлений вегетативной дисфункции. По результатам УЗИ щитовидной железы и гормонального исследования имеет место аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.
2	-	Диагноз обоснован верно
1	-	Диагноз обоснован неполностью
0	-	Основной диагноз обоснован полностью неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
	-	Учитывая наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани необходимо проведение эхокардиографии для исключения соединительнотканной дисплазии сердца. Указания на перинатальную энцефалопатию требуют оценки состояния шейного отдела позвоночника и УЗДГ сосудов головного мозга для характеристики кровотока в магистральных артериях головы. Учитывая интерес пациента к занятиям спортом, целесообразно проведение функциональной оценки состояния сердечно-сосудистой системы при нагрузочных пробах. Необходимо диспансерное наблюдение детского кардиолога и педиатра.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью и обоснован
1	-	План дополнительного обследования неполный, избыточный, без необходимого обоснования
0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием антиаритмических препаратов. Обоснуйте рациональную терапию.
	-	Назначение антиаритмических препаратов в качестве базового лечения не требуется. Терапия должна быть нацелена на коррекцию вегетативной дисфункции: рациональный образ жизни, психотерапия; препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены.
2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
1	-	Лечение пациента обосновано частично
0	-	Предлагаемое лечение неадекватно

	5	Как изменится состояние вегетативной нервной и сердечно-сосудистой системы в пубертатном периоде у данного пациента?
	-	Учитывая наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани, следует ожидать замедленных темпов пубертатного развития и развития сердца. После ростового скачка проявления вегетативной дисфункции усилятся. Развитие артериальной гипертензии мало вероятно. Динамическое эхокардиографическое и ЭКГ наблюдение необходимо для выявления возможного развития пролапса митрального клапана и метаболических нарушений в миокарде. Переносимость физических нагрузок будет ухудшаться.
2	-	Прогноз определен верно
1	-	Прогноз определен частично верно
0	-	Прогноз определен неверно
	-	16
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Юноша, 17 лет, поступил планово с жалобами на головокружения, редкие головные боли, повышение АД. Анамнез заболевания: повышение АД с 13 лет, максимально до 160/90 мм рт. ст., сопровождается сердцебиением, сонливостью, головокружением, «мушками» перед глазами. С гипотензивной целью принимал капотен — без эффекта. Периодически возникает головная боль, иногда сопровождается тошнотой. «Рабочее» давление 130/60-70 мм. рт. ст. Повышение АД к вечеру, на фоне эмоционального возбуждения. Контроль АД нерегулярный, при ухудшении самочувствия. При последней госпитализации 2 года назад состояние трактовалось как: Артериальная гипертензия 1 ст., средний риск. Ожирение смешанного генеза (ИМТ 33,4). Вегето-сосудистая дистония по симпатикотоническому типу. Астено-невротический синдром. После выписки рекомендации соблюдал частично. В течение двух лет у кардиолога не был, терапию не получал. Со слов соблюдал диету, на фоне которой похудел на 9 кг, затем вновь прибавил 9 кг. В течение последних 2 недель получал фенибут. Отмечал незначительное снижение АД. Обмороков, судорог не было. В анамнезе аффективно-респираторные приступы. Физическую нагрузку переносит плохо, предпочитает пассивный образ жизни. Назначения врач игнорирует, «так ка толку от них нет» Анамнез жизни: ребенок от 1 родов в срок, осложненных хронической внутриутробной недостаточностью и гипоксией в родах. Роды кесаревым сечением по экстренным показаниям. Параметры тела при рождении 4050/54. Шкала Апгар 6/8. Состояние при рождении средней степени тяжести за счет наркотической депрессии. Наблюдался неврологом с рождения с диагнозом:

		перинатальная энцефалопатия смешанного генеза, синдром двигательных нарушений. Наблюдается у невролога и кардиолога с вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу, артериальнойгипертензией I степени, у эндокринолога – ожирением III степени, смешанного генеза; у ортопеда – нарушением осанки, компенсированным плоскостопием; у офтальмолога – миопией слабой степени. Перенесенные заболевания: ОРВИ редко 2-3 раза в год, инфекционный мононуклеоз в 4 года. Наследственность: у дедушки по линии матери – операция на сердце (названия не знает), у дедушки по линии отца – инсульт, у бабушки по линии матери – сахарный диабет I типа. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Длина тела 190 см, масса тела 119 кг, ИМТ 32,96 (SDS=3,58). Макросоматотип. Телосложение гиперстеническое. Половое развитие Tanner V. Избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на груди, животе, бедрах. Гинекомастия. Кожные чистые, гипергидроз, розовые стрии боковых поверхностей груди и живота. Тоны сердца приглушены за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, ритмичные, органических шумов не выслушивается. ЧСС в клиностазе 80 в мин. АД на правой руке=АД на левой руке 140/90 мм.рт.ст. Пульс на a.femoralis определяется отчетливо, удовлетворительных свойств. Дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Клинический анализ крови – без патологии. Биохимический анализ крови: белок общий 70.0 г/л, мочевина 3.5 млмоль/литр, мочевая кислота 333.0 млмоль/литр (0 – 420), креатинин 72.0 мкмоль/литр (62 – 106), билирубин общий 5.8 мкмоль/литр, глюкоза 4.51 млмоль/л, холестерин 3.96 млмоль/л, АСТ 15.3 Ед/л, С-пептид 3.33 нг/мл (1,10 – 4,40), коэффициент атерогенности 2,5. Проба на толерантность к глюкозе: глюкоза натощак 4,1 ммоль\л, через час после нагрузки глюкозой - 8,2 ммоль\л, через 2 часа 5,9 ммоль\л. Анализ мочи – без патологических изменений. Суточная моча на белок - 113,4 мг/сут. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 71 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средне ночное АД 113/67 (все показатели ниже 95 персентиля). Эхокардиография: без явных гемодинамических и структурных нарушений. ЭЭГ: легкие изменения биоэлектрической активности головного мозга с повышением активирующих влияний срединных лимбических структур. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано. УЗДГ сосудов головного мозга: трудности локации кровотока. Гемодинамически значимых нарушений не выявлено. При исследовании в бассейне каротид - по ОСА, ВСА, артериям виллизиева круга регистрируется магистральный, гиперкинетический кровоток без значимой асимметрии ЛСК. Признаки ангиодистонии с

		неустойчивой нормотонией, тенденцией к вазоконстрикторным реакциям в покое, с нормальными вазомоторными реакциями на нагрузки. Состояние вертебро-базиллярного бассейна — по позвоночным артериям ЛСК в пределах нормы. Венозных нарушений не выявлено. УЗИ почек: в пределах нормативных значений.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Артериальная гипертензия I степени, низкий риск. Ожирение III степени, смешанного генеза. ИМТ 32,96 (SDS=3,58). Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз обоснован частично
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный диагноз
	-	Верификация артериальной гипертензии обоснована уровнем артериального давления, превышающим 95 перцентиль нормативов. Клинико-лабораторно-инструментальные данные позволяют говорить о I степени артериальной гипертензии, низком риске. Диагностика ожирения III степени основана на показателях индекса массы тела. Примечательно, что при таком ожирении факторы стратификации сердечно-сосудистого риска минимальны. Скорее всего, значительные подъемы АД являются кратковременными, редкими (отсутствие при СМАД за сутки обследования), обусловленными вегетативной дисфункцией с симпатоадреналовым компонентом.
2	-	Диагноз обоснован верно
1	-	Диагноз обоснован частично
0	-	Доказательства правильного диагноза не представлены
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Причина ожирения не верифицирована. Для исключения эндокринного генеза артериальной гипертензии, с учетом наличия у пациента ожирения с розовыми стриями, требуется оценка эндокринной оси гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников: уровень адренокортикотропного гормона и кортизола в сыворотке крови, свободного кортизола в суточной моче; проба с дексаметазоном; МРТ головного мозга и надпочечников. Оценка вегетативного компонента в появлении подъемов артериального давления предполагает проведение кардиоинтервалографии, оценки вегетативного статуса по Вейну Почечный генез артериальной гипертензии в настоящее время

		мало вероятен.
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1	-	План дополнительного обследования неполный, либо составлен верно, однако без достаточного обоснования.
0	-	План дополнительного обследования полностью не обоснован
	4	Сформируйте план лечения данного пациента
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базисной терапии не требуется. Необходимо сформировать мотивацию на регулярный контроль уровня АД, снижение массы тела и повышение физической активности, здоровый образ жизни. Необходимо привлечение психолога и эндокринолога. Медикаментозная терапия должна быть направлена на коррекцию гипоталамической дисфункции: препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены.
2	-	Лечебная тактика правильно обоснована
1	-	Лечебная тактика обоснована частично
0	-	Лечебная тактика не обоснована
	5	Прогноз сердечно-сосудистого риска у данного пациента в последующие годы жизни и рекомендации по диспансерному наблюдению
	-	Большая масса тела при рождении, выраженная степень ожирения, отягощенная наследственность, низкая приверженность к рекомендациям врачей создает высокий риск формирования метаболического синдрома с развитием стабильной артериальной гипертензии и сосудистыми катастрофами. Ситуация будет усугубляться социальной дезадаптацией этого пациента в юношеском возрасте. Поддержка пациента должна предусматривать мотивацию на здоровый образ жизни, помощь психолога, регулярный контроль АД, липидов и глюкозы крови, ЭКГ и эхокардиографию.
2	-	Прогноз и тактика определены верно
1	-	Прогноз и тактика предусмотрены частично
0	-	Прогноз и тактика ведения данного пациента выбраны неверно
	-	17
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

	-	Подросток, 17 лет, поступил планово для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Кардиальных жалоб не предъявляет. Анамнез заболевания: с 14-летнего возраста пациент наблюдается кардиологом с диагнозом транзиторный феномен WPW. По данным ЭФИ - показаний для абляции ДПП нет. Допущен к занятиям спортом. Профессионально занимается футболом. Анамнез жизни: родился доношенным ребёнком. Рос и развивался по возрасту. Привит по графику. Травм не было. Эмоционально лабилен. Затруднено засыпание. Сон 6 часов. Высокая физическая и эмоциональная нагрузка. В течение нескольких лет пациент без назначения врача постоянно закапывает в нос сосудосуживающие средства- отривин (ксилометазолин). Оперативные вмешательства: в 4 года - аденотомия, в 13 лет - аппендэктомия. Аллергоанамнез: не отягощен. Рост 185 см (6-й центильный коридор), вес 89 кг (6-й центильный коридор). За последние 2 года длина тела увеличилась на 4 см, масса – на 15 кг. Выраженный акрогипергидроз и общий гипергидроз, усиливающийся при осмотре. Зев рыхлый, застойно гиперемирован, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Область сердца не изменена. Границы сердца в норме. Патологической пульсации нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 80 в мин, органические шумы не выслушиваются. АД 140/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Живот мягкий безболезненный. Дизурии, отеков нет. В клиническом анализах крови, клиническом анализе мочи без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови: АСТ 16,6 ед/л, холестерин 5,3 ммоль/л, ЛПВП 1,08 ммоль/л, ЛПНП 4,72 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,9, глюкоза — 4,61 ммоль/л, мочевина 3,8 ммоль/л, белок 75 г/л, фосфор неорганический — 1,38 ммоль/л, калий 4,1 моль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций ион из 1,34 ммоль/л, кальций общ 2,43 ммоль/л, магний — 0,84 ммоль/л, щелочная фосфатаза 117,2 Ед/л ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту, на вдохе урежение ЧСС до 53 в мин. Выраженное отклонение электрической оси сердца влево. Манифестирующий феномен WPW. КИГ: регистрируется маловариабельный ритм, брадикардия с постоянным проведением по дополнительному пути. Феномен WPW в течение всего времени проведения пробы. Симпатические влияния в покое, реактивность на нагрузку обоих отделов ВНС повышена. Холтеровское мониторирование: Основной ритм — синусовый; в покое и во время сна — эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям и эктопического правопредсердного ритма. В течение всего времени наблюдения регистрировались признаки феномена WPW, минимальная выраженная дельта-волна отмечалась на фоне физической активности при тахикардии. Эпизодов патологической брадикардии, пароксизмальных нарушений ритма не зарегистрировано, патологических пауз не найдено. Стресс тест (тредмил): исходно стойкий синусовый ритм с постоянным проведением по ДПП. Субмаксимальная ЧСС достигнута. Весь период нагрузки сохраняется феномен WPW, но с

		существенным сужением комплекса QRS. Нарушений ритма, нестабильности сегмента ST не отмечалось. Весь восстановительный период сохранялся феномен WPW. Эхокардиография: без явных гемодинамических и структурных нарушений. ЭЭГ: легкие изменения биоэлектрической активности головного мозга с функциональной неустойчивостью регуляторных структур таламо-диэнцефального уровня на фоне нагрузок. Очаговых нарушений, пароксизмальной активности не зарегистрировано. УЗДГ брахицефальных сосудов: Ангиодистония с тенденцией к вазоконстрикторным реакциям в покое, с нормальными вазомоторными реакциями на фоне нагрузки. Ветебро-базиллярный бассейн - без особенностей. Консультация отоларинголога: Вазомоторный ринит. Консультация невролога: Астено-невротический синдром.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз в соответствии с требования МКБ 10
	-	G90.9 Вегетативная дисфункция по смешанному типу, гипертензивный вариант. F 48.0 Неврастения (Астено-невротический синдром). Манифестирующий феномен WPW. Вазомоторный ринит.
2	-	Диагноз сформулирован верно.
1	-	Диагноз верный по сути (например, вегето-сосудистая дистония), не соответствует современным требованиям МКБ 10
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Наличие вегетативной дисфункции подтверждают данные КИГ – вегетативный дисбаланс, объективные признаки вегетативного раздражения - выраженный гипергидроз, отклонения в психоэмоциональном статусе – неврастения, УЗДГ брахицефальных сосудов - ангиодистония с тенденцией к вазоконстрикторным реакциям наличие провоцирующих факторов – высокая психоэмоциональная нагрузка. О гипертензивном варианте вегетативной дисфункции свидетельствует тенденция к повышению артериального давления. Манифестирующий тип феномена WPW установлен на основании диагностированных в анамнезе транзиторных ишемических атак в бассейне ПМА справа, регистрации феномена при инструментальном исследовании: ЭКГ, КИГ, холтеровское мониторирование и при тредмил-тесте (максимальной нагрузке), что свидетельствует о высокой проводящей способности дополнительных путей проведения. При этом структурных изменений сердца не выявлено.
2	-	Диагноз обоснован верно
	-	Диагноз обоснован частично

1		
0	-	Основной диагноз обоснован полностью неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Проведение повторной консультации аритмолога для решения вопроса о целесообразности РЧА. Проведение СМАД для определения характера артериальной гипертензии. Консультация эндокринолога для уточнения генеза значительной прибавки массы тела за короткое время. Стратификация риска артериальной гипертензии, оценка степени тяжести артериальной гипертензии: оценка состояния глазного дна, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография Консультация психолога для выявления и коррекции возможных психотравмирующих факторов в ближайшем окружении пациента (семья, школа, референтная группа)
2	-	План дополнительного обследования составлен полностью и обоснован
1	-	План дополнительного обследования: неполный, избыточный, без необходимого обоснования
0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
	4	Дайте обоснованные рекомендации пациенту по образу жизни, питанию, физической активности
	-	Мотивация на здоровый образ жизни: сон 8-9 часов, работа с компьютером до 1 час в день, профилактика гипокинезии. Работа с психологом по адаптации к психотравмирующим факторам ближайшего окружения подростка, достижению психологического комфорта. Пищевой рацион должен быть направлен на коррекцию дислипидемии. Ограничений к занятиям спортом с учетом данных ЭФИ нет. Регулярный контроль АД
2	-	Рекомендации правильные, в полном объеме и грамотно обоснованы
1	-	Рекомендации даны частично или не обоснованы.
0	-	Рекомендации не окажут желаемого эффекта
	5	Обоснуйте необходимую медикаментозную терапию. Требуется ли замена альфа-адреномиметикаксилометазолина на другой препарат?
	-	Назначение антиаритмических препаратов в качестве базового лечения не требуется. Терапия должна быть нацелена на коррекцию вегетативной дисфункции: препараты, улучшающие церебральный кровоток, ноотропы, седативные препараты и адаптогены. Одним из противопоказаний к назначению ксилометазолина

		служит артериальная гипертензия. Требует уточнения возможное влияние препарата на течение синдрома WPW. Целесообразно антиконгестантотривин заменить на препарат другой фармакологической группы.
2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	18
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Участковый врач проводит первичный патронаж к мальчику 1 мес. 15 дней. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности,(1-я м. Матери 27 лет. Во время беременности в 8 и 16недель была угроза прерывания, дважды переболела ОРВИ. Роды в 36 недели гестации, путем кесарева сечения. Оценка по Ангар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 1800, длина 43 см. К груди приложен на 2 сутки, сосал вяло, срыгивал, получал молочную смесь для недоношенных. Осмотр неврологом: Отмечалась невротическая симптоматика. Не вакцинирован. Масса тела при выписке 2200,0 рост 44 см. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, активный. Удерживает головку в вертикальном положении, прислушивается к голосу, фиксирует взгляд. Имеется мышечный гипертонус верхних и нижних конечностей, сухожильные рефлексы высокие. Рефлексы физиологические : ползание по Бауэру, автоматической ходьбы снижены. Рефлексы Бабкина и Робинсона положительные. Большой родничок 3х3 см, не выбухивает. Над легкими при перкуссии звук легочный, везде одинаковый. Дыхание при аускультации выслушивается пуэрильное, хрипов нет. ЧД 38 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 140 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера 5 раз в день, кашицеобразный, желтый, с кисломолочным запахом. Мочеиспускание безболезненное до 20 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета. Находится на искусственном вскармливании. Получает смесь Nan 1
	1	Сформулируйте заключение оценки здоровья ребенка.
	-	Недоношенный ребенок с низкой массой тела и роста, не несоответствующий сроку гестации, 36 недель беременности(1 степень недоношенности). Перинатальное поражение ЦНС, ранний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Группа здоровья IIБ. Группы риска I, II, II1. Не исключена возможность внутриутробного инфицирования.
2	-	Антрометрические показатели не соответствуют сроку гестации, физическое развитие ниже среднего, гармоничное, частота ЧСС 140 , ЧД- 38, кратность мочеиспускания и стула по возрасту.

		Нервно-психическое развитие несколько страдает из-за перенесенной ПЭП, сохраняется гипертонус верхних и нижних конечностей, имеется гипертонус мышц шеи(ребенок в 1,5 мес не должен держать голову). Эмоциональное развитие соответствует 1 мес. Имеется отклонение в двигательной сфере.
1	-	Ребенок недоношенный. ПЭП Группа здоровья II.
0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
	2	Соответствуют ли антропометрические показатели гестационному возрасту ребенка?
Э	-	Весо-ростовые показатели ребенка при рождении не соответствуют 36 неделе беременности.
2	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
1	-	Не указан один фактор риска.
0	-	Фактор риска указан неверно.
	3	Какие этапы выхаживания недоношенных детей вам известны? Как должен наблюдаться недоношенный ребенок в детской поликлинике?
	-	Два этапа недоношенных детей. Первый этап – в родильном доме. Второй этап - ребенок выписывается в поликлинику. При возможной стабилизации всех функций органов и систем. Наличие самостоятельного сосания, массы тела 2200,0 – 2500,0, отсутствие заболеваний, достаточного роста гемоглобина в крови. Первичный патронаж недоношенного ребенка осуществляется врачом-педиатром совместно с заведующим отделением – в первый день поступления на участок. Динамические - последующие дни с осмотром неонатологом , неврологом на дому. Далее педиатр осматривает ребенка на дому один-два раза в неделю, в первые 3 -4 месяца и в эпидемический период – только на дому. Явка в детскую поликлинику с 4 до 12 месяцев один-два раза в месяц.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие советы по питанию дать матери ребенка. Составьте меню-раскладку на 1 день.
	-	Показана адаптированная молочная смесь, предназначенная для недоношенных детей в первые 6 месяцев пре-NAN , далее при хороших прибавках массы тела перевод на последующие молочные смеси формулы 2. Расчеты. Объемные метод:1/5 от массы равно 2400 х 1/5 = 480 мл. в сутки. Частота кормлений 6 раз через 3,5 часа,

		разовый объем 80 мл. Потребность ребенка в белках 2,5 гр. на кг. (6 грамм в сутки), в жирах 6,5 гр/кг. (15,6 гр. В сутки) в углеводах 13 гр/кг. (31,2 гр в сутки), 115 ккал на килограмм массы (176 ккал в сутки). Меню-раскладка на один день: в 6-00 час., в 9-30, в 13-00, в 16-30, в 20-00, 23-30 – молочная смесь преNAN по 80 мл. Обязательная профилактика рахита коликальцеферолом)витамин Д3) в дозе 1000МЕ.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный .
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие профилактические прививки будут выполнены у данного ребенка до 1 года
	-	В 1,5 месяца первая вакцинация против вирусного гепатита В, через день – БЦЖ – М ; В 2.5 мес.- первая вакцинация от пневмококковой инфекции, вторая вакцинация против вирусного гепатита В; В 3,5 мес. Первая вакцинация от коклюша, дифтерита, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции; В 5 мес. Вторая вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции и пневмококковой инфекции; В 6 мес. Третья вакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полимиелита, гемофильной инфекции, Третья вакцинация от гепатита В,; В 12 мес. Вакцинация от кори, краснухи, эпидемического паротита.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	19
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	При профилактическом осмотре жалобы матери на беспокойство ребенка, залысину и потливость(влажный след на подушке после сна).Ребенку 3 мес., мальчик. Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, без патологии, родился в ноябре с массой 3600,0 и ростом 53 см., оценен по шкале Апгар 8-9 баллов. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Находится на грудном вскармливании Сон беспокойный ночью просыпается несколько раз Днем спит лучше.. В три месяца произведен анализ крови: гемоглобин – 108 гр/л., эритроциты – 3800 /л. В 1.5 мес. Перенес ОРВИ, лечился дома, купание и прогулки прерывались на 2 недели. В 3 мес. Рост 65 см, масса 5600,0. Мальчик хорошо удерживает головку в вертикальном положении улыбается на ласковое обращение, Объективно: состояние близко к удовлетворительному. Бледный, кожа влажная, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно, мышечная гипотония. Голова скошена, уплощена с правой стороны, залысина

		затылка, большой родничок 1,5х1.5 Края родничка податливые, . Дыхание в легких пуэрильное, при аускультации. При перкуссии перкуторный тон легочной. Границы сердца при перкуссии не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, частотой 132 уд/мин. Живот несколько увеличен, гипотоничен. Печень +1,5 см. ниже края реберной дуги. край ровный, эластичный. Стул кашицеобразный без патологических примесей 4-5 раз за сутки. Диурез в норме.
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие причины развития данного состояния.
	-	Основной диагноз : витамин Д-дефицитный рахит I степени, острое течение , период разгара, средней степени тяжести – на основании синдрома остеомаляции: скошенность головы, податливости краев родничка и черепных швов, : мышечная гипотония, имеется нарушения функции вегетативной нервной системы: беспокойство, повышенная потливость, залысина в затылочной области. Сопутствующий диагноз: дефицитная анемия I степени тяжести нормохромная. На основании наличия бледности, снижения гемоглобина крови, эритроцитов. Цветовой показатель 0,9. Причины развития рахита – рождение ребенка поздней осенью, (данные о применении витамина Д отсутствуют) недавно перенесенное ОРВИ, в результате чего наблюдалось нарушение режима – прерывание купания и прогулок, а также двигательных нагрузок.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка
	-	Физическое развитие – среднее, (50-75 перц.),нервно-психическое развитие соответствует возрасту 3 мес .Эмоциональное развитие – также 3 мес.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза
	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать общий анализ крови с полной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением кальция, фосфора, активносиь щелочной фосфатазы, сывороточного железа, железосвязывающей способности крови, ферритина.
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте медикаментозное лечение
	-	Медикаментозное лечение витамином Д (холекальциферол) по 2000МЕ (по 4 капли один раз в день в течении 4 недель.) Далее переходить на профилактическую дозу 500 МЕ (1 капля в течение 2 лет). На 3 году жизни принимать по 500 МЕ ежедневно в течение 1 мес. Препараты железа – , актиферрин (8 капель 1 раз в день 1.5-2мес)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Проведите коррекцию питания.
	-	Ребенок в возрасте 3х мес. должен получать грудное молоко Матери стимулировать лактацию. При отсутствии лактации адаптированная смесь NAN-1 Первый прикорм стараться ввести 5 мес –овощной.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	20
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 10 лет предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия. изжогу .появляющуюся после приема пищи отрыжку воздухом. Тошноту. Анамнез заболевания- жалобы на боли в животе беспокоят мальчика в течении2х лет . Не обследовался лечение не проводилось. У матери гастрит. У отца язвенная болезнь ДПК. Объективно- состояние средней тяжести. Бледный кожные покровы сухие на локтях и коленях гиперкератоз. Язык обложен белым налетом. В полости рта есть кариозные зубы. Над легкими перкуторный тон легочной. Дыхание при аускультации везикулярное. Границы сердца при перкуссии не расширены. Живот вздут при поверхностной и глубокой пальпации выявлена болезненность в эпигастрии и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы – Мерфи и Кера положительны.. Сигмовидная кишка не спазмирована Стул регулярный 1раз в сутки оформленный. Диурез не нарушен. Общий анализ крови- эритроциты 45000000 л. Гемоглобин 132г.л лейкоциты-

		7300л п.я.-3процента нейтрофилов 47 эозинофилов-4 лимф.-38 моноцито-8 Соэ -5мм.ч. Общий анализ мочи- цвет светло желтый. Уд. вес1015 реакция кислая. Лейкоциты-3-5 в п.зр. ФГДС-слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети пищевода выявлена линейная эрозия. Кардия смыкается не полностью. При срыгивании воздуха заброс желчи в пищевод. В желудке не большое количество жидкости окрашенной желчью. Слизистая желудка гиперемирована в фундальном и антральном отделах. В антральном отделе на отечной складке у привратника 3 острых точечных эрозии размерами0.3-04 см. Слизистая луковицы ДПК-гиперемирована и отечная. Слизистая постбульбарного отдела не изменена. Хелпил тест положителен. На УЗИ- желчный пузырь с перегибом в области тела.
	1	Сформулируйте диагноз. Основной и сопутствующий.
	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь Рефлюкс – эзофагит11Вст средне степени тяжести .Эрозивный антральный гастрит Период обострения. .Недостаточность кардии Дискинезия желчного пузыря. Перегиб желчного пузыря в области тела. Диагноз поставлен на основании болевого синдрома болезненность в области эпигастрия и в пилородуоденальной области жалоб на изжогу отрыжку воздухом. Клинических симптомов- болезненность в области эпигастрия и в пилородуоденальной зоне. Диагноз подтвержден данными ФГДС. Выявлены 3 острых эрозии в антральном отделе гиперемия слизистой в пищеводе и в фундальном и антральном отделах желудка недостаточно сткардидии. Заброс желчи при срыгивании воздуха в пищевод и наличие ее в фундальном отделе желудка. Сопутствующий диагноз -Дискинезия желчевыводящих путей – на основании положительных пузырных с. Мерфи и Кера. Данных УЗИ-перегиб в области тела желчного пузыря.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез основного заболевания
	-	Наследственность отягощена. У матери гастрит у отца язвенная болезнь 12ПК. Развитие гастроэзофагеальнорефлюксной болезни связано с увеличением времени расслабления нижнего пищеводного сфинктра и забросом содержимого желудка в пищевод. Поражение слизистой желудка возникает вследствие нарушения равновесия между факторами агрессии и защитными.. Этиология хеликобактерная. В патогенезе заболевания имеет большое значение наследственный кислотно пептический фактор В качестве клиренс пищевода- своевременная эвакуация желудочного содержимого. агрессивных факторов выступает соляная кислота желчные кислоты лизолецитин панкреатические ферменты при наличии дуоденогастрального рефлюкса. В качестве протективных факторов- физиологические антирефлюксные механизмы .резистентность

		слизистой оболочки пищевода
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Опишите алгоритм диагностики заболевания.
	-	Обязательные методы обследования суточное Рн мониторирование пищевода и желудка определение степени выраженности рефлюкса. Выявление провоцирующих моментов и подбор адекватной терапии. Гистологическое исследование слизистой оболочки пищевода. Контрастное рентгенологическое обследование верхних отделов ЖКТ.- при подозрении на скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Назначаемые дополнительные методы интраэзофагеальная импедансометрия. Определение функции внешнего дыхания. УЗИ пищевода. ЭКГ консультация кардиолога ЛОР врача стоматолога.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте больному диету.. Какие рекомендации еще следует дать больному с гастроэзофагеальнорефлюксной болезнью.
	-	Диета первого В стола .В диете уменьшить создание жира . сливки жирная рыба мясо утка баранина торты. Жиры способствуют снижению нижнего пищеводного сфинктра. Необходимо повысить содержание белка что улучшает работу нижнего пищеводного сфинктра уменьшить объем пищи так как этот снижает частоту рефлюксов. Прием пищи меньшим объемом но более часто 5-6 раз сутки. Необходимы рекомендации по изменению стиля жизни- сон с приподнятым на15см головным концом кровати.-Уменьшает продолжительность закисления пищевода. Не есть перед сном . Не лежать после еды. Избегать глубоких наклонов не носить тугие пояса.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение.
	-	Следует провести антихеликобактерную эрадикационную терапию. включающую антисекреторные препараты- ингибитор

		протонной помпы—париет 10мг 2р вдень-10 дней. Антибиотик-амоксиклав 250мг -2 раза в день 10 дней гевискон по5мг 3 раза вдень после еды 3 недели. И прокинетик- мотилиум 10мг-3 раза вдень за 15 минут до еды. в течении3х недель.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	21
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 6 лет. Последние три недели отмечается слабость, утомляемость, тянущие боли в области пупка, эпизодически жидкий стул. Снижение аппетита, урчание в животе. Анамнез жизни: от первой беременности, первых срочных родах, масса тела при рождении 3600. Длина 53 см. находился на грудном вскармливании до года. Прикормы вводились по возрасту, аппетит был хорошим, физическое развитие и нервно-психическое соответствовало возрасту. Перенесенные заболевания : ОРВИ, бронхит, ветряная оспа. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура норм. 36,5. Масса тела 22 кг. Рост 115 см. Со стороны кожных покровов отмечается легкое покраснение щек, фолликулярно-точечный кератоз, гиперпигментация вокруг пупка и белой линии живота. Лимфатические узлы не увеличены, ЧД 20/мин., в легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 102/мин., язык обложен белым налетом, живот при осмотре умеренно вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилори-дуоденальной области. При глубокой пальпации урчание по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул неустойчивый, эпизодически жидкий без патологических примесей, диурез нормальный. Общий анализ крови: эритроцитов ;4000000, гемоглобин 122 гр./л., лейкоциты 7000 гр./д., нейтрофилов 44%, эозинофилов 8%, лимфоцитов 42%, моноцитов 6%, СОЭ 5мм./час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд. Вес 1018, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Бактериологические посевы кала отрицательные. Патогенной флоры и условно патогенной флоры не выявлено. В анализе кала обнаружены лямбли.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Лямблиоз, типичная интестинальная форма, средней степени тяжести, период клинических проявлений. Диагноз поставлен на основании клинических признаков : синдром интоксикации(слабость, утомляемость, снижение аппетита), поражение ЖКТ (налет на языке, боли в животе, метеоризм, тошнота, жидкий стул); дермато диагностики (легкая гиперемия щёк, пигментация вокруг пупка и белой линии живота, фолликулярный точечный кератоз). Лабораторных исследований: эозинофилия в общем анализе крови. Обнаружение в кале цист лямблий.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие методы диагностики можно назначить больному
	-	Методы диагностики: обнаружение вегетативных форм лямблий в дуоденальном содержимом; обнаружение антигена лямблий в кале, в биоптатах 12-перстной кишки с помощью иммуно-ферментного анализа; диагностика методом полимеразной цепной реакции, копрофильтрата на лямблии, антител к лямблиям класса IgG, IgM в крови, копрограмма.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальную диагностику
	-	Дифференциальная диагностика проводится с острыми кишечными инфекциями и гельминтозами. Для острой кишечной инфекции характерно повышение температуры, развитие нередко токсикоза или эксикоза, жидкий стул с патологическими примесями (слизь, кровь, зелень), воспалительные изменения в общем анализе крови, в копрограмме повышение лейкоцитов, в бактериологических посевах кала – высев патогенной или условно патогенной флоры. При гельминтозах учитываются результаты копроскопического исследования (яйца глистов не обнаружены или обнаружены).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте лечение больному
	-	Диетотерапия, ограничить простые углеводы (сахара, кондитерские изделия, конфеты. Включить в рацион бруснику, клюкву, овощи, растительное масло и антипаразитарные препараты в течение 7-10 дней. Хофитол, симптоматическая терапия при болях в животе – спазмолитик - бускопан.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	5	Когда проводится контроль эффективности лечения и каковы критерии.
	-	Контроль эффективности проводится через 5-6 дней после окончания терапии. Критерий эффективности – три отрицательных результата копроскопического исследования в 2-3 дня.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	22
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 11 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе натощак(голодные боли) с локализацией в эпигастрии. Такие боли появляются в утренние часы натощак или ночью. Купируются приемом пищи; бывает от -рыжка кислым. Стул с наклонностью к запорам, через два дня на третий, чередуется с нормальным. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе, беспокоят девочку в течение одного года. Мать девочки страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез у девочки без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается хореографией 3 раза в неделю. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 148 см, Масса 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное, тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота мышечный дефанс и боль в эпигастрии и пиелодуоденальной области. Болезненность в точке Мейо-Ропсона . Печень не увеличена. Стул был вчера, оформленный, 1 раз в день, диурез не нарушен. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный, уд. Вес 1015, реакция кислая, белок, сахар не обнаружены, лейкоциты 2-3 в поле зрения, ацетон не обнаружен. Общий анализ крови: эритроцитов 45000000 гр./л., гемоглобин 128 гр./л., лейкоциты 7300 /л., палочка ядерные нейтрофилы 3%, нейтрофилы 51%, эозинофилы 3%, лимфоцитов 36%, моноцитов 7%, СОЭ – 5 мм./час. Биохимический анализ крови: общий белок 75гр./л., АЛТ – 32ед./л., АСТ – 38 ед./л., щелочная фосфотаза 140 ед./л., амилаза 100 ед/л. Тимоловая проба 3 ед. Общий билирубин 18 ммоль./л. ФГДС – слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью, в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антральном отделе на стенках множественные зернистые элементы. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х 0,6 см., округлой формы, гиперемированный, округлой формы, окруженный валиком, дно покрыто фибрином. Хелпил тест резко положительный
	1	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
	-	Основной диагноз – язвенная болезнь луковицы ДПК, впервые

		выявленная , стадия обострения, ассоциированная с хеликобактерной инфекцией. Сопутствующие диагнозы: хронический антральный гастрит, период обострения. Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с катаральным эзофагитом. Язвенная болезнь 12-перстной кишки поставлена с учетом семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца), что может указывать на персистенцию хеликобактерной инфекции в семье и на жалобы девочки на боли в животе , имеющих характерный Мойнингановский ритм (голод- боль, пища-уменьшение болей), локализацию болей в пиелодуоденальной области, наличие небольшого мышечного дефанса и болезненности при пальпации. Язвенная болезнь 12-перстной кишки подтверждается данными ФГДС (язвенный дефект на задней стенке луковицы 12-перстной кишки размером 0 .8х0 .6 см., округлой формы, окруженной валиком. Положительные результаты на хеликобактерную инфекцию, хронический гастрит на основании наличия болевого синдрома и данных ФГДС
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания
	-	Язвенная болезнь ДПК-полиэтиологическое заболевание обусловлено нарушением регулирующих систем организма и имеющее наследственные детерминанты с развитием язвенного дефекта вследствие дисбаланса между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки дуоденальной области. К агрессивным факторам относится кислотно пептический инфекция хеликобактером нарушение гастродуоденальной моторики детергентное действие желчных кислот некоторые лекарственные препараты нестероидные противовоспалительные аспирин. Факторы защиты –слизь достаточное кровоснабжение выработка бикарбонатных ионов и активная регенерация поврежденной слизистой оболочки. Решающая роль отводится агрессивным факторам прежде всего ацидопептическому фактору и инфекционному что определяет основное направление терапии.
2	-	Дан полный ответ
1	-	Ответ дан не полный.
0	-	Ответ дан не верно.
	3	Укажите основные признаки хеликобактерной инфекции.
	-	При эндоскопическом исследовании –наличие язвенного дефекта. ДПК. . Множественные гипертрофические элементы по зернистому типу в антральном отделе желудка Гиперемия слизистой пищевода фундального и антрального отделов желудка наличие

		мутной жидкости в просвете желудка.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Опишите основные принципы лечения.
	-	В условиях стационара режим палатный. Диета этом принципов химического термического и механического щажения. По Певзнеру 1 Б затем 1В стол. Рекомендуется Эрадикационная терапия включающая ингибитор протонной помпы париет -10 дне В качестве антибактериальных препаратов- амоксициллин и кларитромицин в возрастных дозах.10 дней Денол -3 недели. Пробиотик – энтерол 3 недели. Наличие рефлюксов требует и назначение прокинетиков- мотилиум.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Каковы дальнейшее наблюдение и реабилитация.
	-	После выписки из стационара диспансеризация и реабилитация проводится амбулаторно в поликлинических условиях4- ГРУППА УЧЕТА .Вначале ежемесячный осмотр педиатром гастроэнтерологом Контроль ФГСД..Витаминотерапия. Физиотерапевтическое лечение. Противорецидивное лечение в осеннее-зимний и весенний период времени. Санаторно-курортное лечение не раннее чем 3 месяца после стационарного.. При отсутствии рецидивов снятие с учета через 5 лет.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	23
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 10 лет обратился к участковому педиатру с жалобами тошноту боли в животе головокружение слабость отмечающие в течении месяца. Со слов мамы мальчика у ребенка отмечалось повышение аппетита без положительной прибавки веса тела запоры сменявшиеся диареей. Объективно состояние ближе к удовлетворительному .Кожные покровы бледно- розовые чистые. Масса тела-30кг. Рост-140см.Лимфатические узлы не увеличены. Слизистые оболочки полости рта чистые. Носовое

		дыхание ослаблено. ЧД-30 в минуту. При сравнительной перкуссии легких ясный легочный звук. При аускультации дыхании в легких везикулярное. Границы относительной сердечной тупости соответствуют возрасту тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС-85 В МИНУТУ. Живот мягкий округлой формы равномерно участвуют в дыхании безболезненный урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови – гемоглобин 118г/л эритроциты-3800000/л лейкоциты- 60000/л п.я-2% нейтрофилы-60.% лимфоциты23% эоз-11% моноциты4% СОЭ -5мм.ч. Общий анализ мочи- цвет соломенно-жёлтый уд. вес-1020 белок-отр. Лейкоциты 1-2 вп .зр. Копрограмма- стул плотный- цвет-коричневый мышечные волокна измененные++ жирные кислоты+ Лейкоциты1-3-5 в поле зрения слизь+ Биохимический анализ крови общий белок-75г/л глюкоза 4.5ммоль/л билирубин 15мкмоль/л прямой-3мкмоль/л непрямой-12мкмоль/л АЛТ-35ЕД АСТ-30ЕД.ЩФ-180 ЕД. Кал на гельминты- обнаружены яйца-Taeniarhynchussanginatus/
	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	-	Тениаринхоз. Диагноз установлен на основании жалоб на тошноту боли в животе головокружение слабость снижение веса. Анамнеза- длительность заболевания в течении месяца. Объективных данных представленных болевым синдромом –(живот болезненный при пальпации) синдромом кишечной диспепсии (нарушение дефекации запоры сменяющиеся диареей метеоризм урчание по ходу кишечника. Диагноз подтвержден лабораторными данным - обнаружены яйца бычьего цепня.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Объясните механизм заражения.
	-	Механизм заражения из организма человека выходят зрелые проглотиты отрывающиеся от тела червя –стробилы Попав вместе скалом во внешнюю среду пролоттиды некоторое время ползают по почве рассеивая яйца в которых уже имеются инвазивные личинки. Яйца могут быть проглочены крупным рогатым скотом. В кишечнике коров из яиц выходят шестикрючные личинки онкосферы которые пробуравливают стенку кишки и стоком крови и лимфы разносятся по всему организму в том числе и в мышцы где превращаются в финны типа цистицерков . Для продолжения жизненного цикла необходимо чтобы зараженное мясо съело хищное животное или человек. В кишечнике человека или животного финны высвобождаются из мяса. Головки их выворачиваются. Оставшийся на конце тела пузырь финны отваливается Головка с шейкой начинает усиленно расти продуцируя все новые и новые проглотиты. Червь увеличивается в

		размерах зрелые проглотиты набитые яйцами постепенно отрываются и выводятся с каловыми массами во внешнюю среду.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальный диагноз
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с другими гельминтами с кишечными инфекциями дисфункциями ЖКТ. Необходимы посевы кала на кишечную группу патогенную и условнопатогенную флору.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Оцените общие анализы крови мочи копрограмму биохимический анализ крови
	-	В общем анализе крови умеренная эозинофилия В общем анализе мочи патологии нет. В биохимическом анализе крови все показатели в пределах нормы Копрограмма с признаками умеренного нарушения полостного пищеварения в виде синдрома нарушенного желчеотделения и и энтерального синдрома. В кале обнаружены яйца бычьего цепня.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Определите план лечения и профилактику при данном заболевании.
	-	Противогельминтная терапия Niclosamidi 0.25 принять 6 таблеток натощак перед приемом препарата надо выпить 2% раствор соды (2г соды растворенной в 100мл воды .Через 2ч.после приема препарата выпить стакан сладкого чая с печеньем.)
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	24
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ**

		РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Мальчик13 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в подложечной области. Накануне была рвота в виде кофейной гущи. Затем боли уменьшились но появились слабость сердцебиение шум в ушах. При осмотре в приемном отделении выявлены следующие признаки-бледность кожных покровов Р- 110уд .мин слабого наполнения тоны сердца приглушены ритмичные дыхание в легких везикулярное АД-90/60ммртст.При пальпации живота определяется напряжение мышц в эпигастральной области болезненность в пилородуоденальной . Симптом Менделя положителен. Стул оформленный диурез в норм е. Сделан клинический анализ крови – Hb-86 2г.л Эр-3600000 Лейкоциты-5600 3 пя-3 ся50 эозинофилы-4 лимфоциты-37 моноциты-6 Ретикулоциты 25 промилле СОЭ11мм.ч Анализ мочи в норме ФГДС- Гиперемия слизистой фундального и антрального отделов желудка и 12ПК На латеральной стенке 12ПК язвенный дефект размерами 08 –09 Кровотечения нет. Кал на реакцию Грегерсена- положителен хелпил –тест положителен.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Диагноз язвенная болезнь осложненная кровотечением
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените анализы ребенка.
	-	В клиническом анализе крови анемия гипохромная регенераторная
		В анамнезе рвота кофейной гущи ЦП-07 реакция Грегерсена положительная также свидетельствует о кровотечении. На ФГДС-обнаружен язвенный дефект
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте план лечения
	-	Диета 1-А стола термически химически и механически щадящий 5-7 дней затем1В. Язвенный дефект -хеликобактерной этиологии. поэтому должна быть проведена Эрадикационная 4 компонентная антихеликобактерная терапия включающая антибиотик амоксиклавмакмирор блокатор Н-2 гистаминорецептеров-фамотидин -10 дней денол на3 недели с последующим переходом на гастропротекторы. – карбеноксилонаэвит
	-	Дан правильный ответ

2		
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план диагностических исследований.
	-	Общий анализ крови и мочи биохимический анализ крови УЗИ органов брюшной полости ФГДС копрограмма кал на посев хелпил тест.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план дальнейшего наблюдения
	-	п осле выписки и з стационара ребенок должен наблюдаться гастроэнтерологом и педиатром контроль ФГДС .2раза в год в осенне- зимне- весенний период. Противорецидивное курсы лечения. Снятие с учета- если в течении5 лет не было обострений.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	24
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на появление легкой желтухи после соревнований.) Мальчик занимается легкой атлетикой). Состояние ближе к удовлетворительному. Масса тела 56 кг. Рост 160 см. Кожные покровы и слизистые с легкой субиктеричностью, склеры также субиктеричны. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень +1 см. из-под края реберной дуги. Край эластичный, симптом Ортнера слабо положительный, симптом Мерфи отрицательный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, обычного цвета, консистенция – оформленный. Диурез не нарушен. Моча обычного цвета. Общий анализ крови: эритроциты 3800000, гемоглобин 800 гр./л., лейкоциты 4500 , палочкоядерных 3%. Нейтрофилов 48%, эозинофилов 2%, лимфоцитов 39%, моноцитов 8%, СОЭ 5мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жёлтый, прозрачная, уд.вес 1015, реакция кислая, белок, сахар, ацетон, билирубин не обнаружены. Лейкоциты 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 68 гр/л, АЛТ –

		38ед., АСТ – 40 ед. амилаза – 38 ед., билирубин общий – 68 ммоль/д., из них непрямой 48 ммоль/л., прямой – 20 ммоль/л. Щелочная фосфотаза 340 ед. УЗИ органов брюшной полости – печень увеличена в размерах, паренхима печени неоднородная, сосудистый рисунок усилен, портальная вена – диаметр не увеличен. Желчный пузырь обычных размеров, стенка 3 мм. Содержимое однородно, сократительная способность снижена. Поджелудочная железа с ровными контурами, сосудистый рисунок не изменен, не увеличена.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Основной диагноз – синдром Жильбера. (пигментный гепатоз). Установлен по жалобам на иктеричность склер после физической нагрузки, легкий дискомфорт в правом подреберье, умеренное повышение уровня общего билирубина в биохимическом анализе крови за счет непрямой фракции, при нормальных показателях печеночных ферментов. Отсутствие признаков гемолиза и изменений в общем анализе крови. Сопутствующая патология – дискинезия желчного пузыря по гипокинетическому типу. Можно заподозрить ее учитывая слабо положительный симптом Ортнера, увеличение печени, повышение активности щелочной фосфатазы.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания
	-	Наследственные нарушения обмена билирубина характеризуется снижением уровня глюкоронилтрансферазы, недостаточностью глюкоронирования билирубина (обязательный этап для поступления билирубина в желчевыводящие пути). Это способствует развитию доброкачественной гипербилирубинемии за счет увеличения непрямой фракции.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие дополнительные обследования необходимо провести для подтверждения диагноза
	-	Развернутый анализ крови, с определением уровня ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, оценкой осмотической резистентности для исключения гемолитической анемии; серологический анализ крови на маркеры вирусных гепатитов; УЗИ, МРТ, для оценки структуры особенности печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Генетическая диагностика – выявление мутаций в промотерной области гена, кодирующего фермент глюкоронилтрансферазы.

2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Перечислите заболевания, с которыми проводят дифференциальный диагноз
	-	Вирусные гепатиты (для них характерны признаки инфекционного процесса, наличие синдрома цитолиза), гемолитические анемии(отсутствуют клинические и лабораторные признаки анемии и гемолиза).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение данному больному, включая диетотерапию.
	-	Охранительный режим. Избегать голодания и диет для похудания, длительные перерывы в приеме пищи. Стол по Певзнеру № 5, регулярное, сбалансированное, витаминизированное. Калорийность должна соответствовать возрастным потребностям. Ограничить прием глюкокортикоидов, сульфаниламидов, салицилатов, диакарба, ментола. Фенобарбитал в возрастной дозировке используется только в случае высокого подъема билирубина - выше 5 норм и более. При меньшем уровне подъема билирубина – валокардин из расчета 1 капля на год жизни. Применяются препараты уродезоксихолиевой кислоты (урсофальк, урсосан, урдокса из расчета 10-15 мг. На кг. В сутки)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	25
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 2 г. 8 мес. Поступила в неврологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожи, уменьшение мочевыделения. Анамнез заболевания : неделю назад у девочки поднималась температура до 40 градусов. До прихода участкового педиатра мать дважды давала ребенку ацетилсалициловую кислоту. Через 1 день температура снизилась, появился кашицеобразный стул, до 3 раз в день. Был назначен ампициллин внутрь. Два дня назад

		заметили, что девочка стала вялой, побледнела, накануне отмечалась многократная рвота, снизилось отделение мочи. Машиной скорой помощи доставлена в стационар с предварительным диагнозом «острая почечная недостаточность». Объективно: состояние крайне тяжелое, ребенок вялый за счет интоксикации. Ребенок в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Цвет кожных покровов резко бледный, с восковидным оттенком, слегка желтушный, с небольшим количеством мелких свежих синячков на конечностях и туловище. Склер иктеричны. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, припальпации безболезненные. ЧД 26 в мин. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС 120 в мин., артериальное давление 126/80 мм/рт/ст Печень +3 см. из-под края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Общий анализ крови: эритроциты – 1400000, тромбоциты – 65000 л., гемоглобин –138 гр/л., лейкоцитов – 600000000,ретикулоцитов – 15 промилле, есть промиелоциты -2%, миелоциты -1%, тромбоциты – 110000000, ионные нейтрофилы – 3 %, палочкоядерных – 7%, нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 18%, моноциты -5%, СОЭ 42%.Общий анализ мочи: красноватого цвета, уд. Вес – мало мочи, белок – 1,165%, глюкозы нет, уробилиноген - ++, эпителиальные клетки – 3-4-5 в поле зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, цилиндры восковидные, 1-2 в поле зрения гиалиновые 3-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови : общий белок 61 гр/л., билирубин непрямой, 30 ммоль/л., прямой – 15 ммоль/л., мочевина 36 ммоль/л., креатинин 526 ммоль/л., холестерин – 3.6 ммоль/л., калий 6,5 ммоль/л., натрий 145 ммоль/л,, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л., АСТ – 25 ед., АЛТ -35 ед.
	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
	-	Гемолитико-уремический синдром. Это острое повреждение почек по RifleIV-V степени тяжести, острая почечная недостаточность, стадия олигоанурии. Можно также подумать о синдроме Рэя, острой почечной недостаточности. Выделяют две формы типичного гемолитико-уремического состояния – легкую и тяжелую. Критерием тяжелой формы является наличие анурии. Каждая из форм подразделяется на тип А и Б. Критерием типа является наличие осложнений в виде артериальной гипертензии и судорожного синдрома. В основе синдрома лежит тромботическая микроангиопатия. Ведущая к утрате тромборезистентности, активации тромбоцитов, с образование тромбов в микроциркуляторном русле, преимущественно почек, механическим повреждением эритроцитов в результате контакта с многочисленными тромбами.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	2	Какие клинические симптомы подтверждают ваши предположения
	-	Связь заболевания с инфекционным фактором, наличие триады симптомов: острая почечная недостаточность, гемолитическая анемия(нормохромная, гиперрегенераторная анемия в тяжелой степени и тромбоцитопения, а также выраженных итзменений в общем анализе мочи, красный цвет мочи, протеино-, гемато-, цилиндро-, лейкоцитурия, уробилиногенурия, гиперазотемия), значительное увеличение мочевины, креатинина, билирубина за счет непрямой фракции, обнаружение свободного гемоглобина, гиперкалиемия позволяют диагностировать гемолитико-уремический синдром инфекционного генеза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Проведите дифференциальный диагноз.
	-	Проводится дифференциальный диагноз со всеми заболеваниями , при которых имеет место тромботическая микроангиопатия. Сходство с синдромом Рея основано на данных анамнеза (прием ацетилсалициловой кислоты при остром инфекционном заболевании), клинических данных поражения почек (олигоурия, артериальная гипертензия, азотемия, гиперкалиемия). Однако, отсутствие признаков поражения нервной системы и печени, характерных для синдрома Рея, позволяют исключить данное заболевание.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Объясните механизм возникновения геморрагического синдрома
	-	Механизм возникновения геморрагического синдрома обусловлен развитием развившейся тромбоцитопенией. Тромбоцитопения обусловлена уменьшением времени полураспада тромбоцитов в связи с нарушением эндотелиальной функции сосудов на фоне внутрисосудистого гемолиза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	5	Какие лабораторные показатели характеризуют нарушение клубочковой фильтрации
	-	Нарушение клубочковой фильтрации характеризуют следующие лабораторные показатели: повышение уровня мочевины и креатинина (азотемия), повышение уровня калия. Необходимо дополнить лабораторные методы исследования определением скорости клубочковой фильтрации по уровню эндогенного креатинина (проба Реберга)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	26
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 лет поступила в больницу с жалобами на чистые длительные умеренной интенсивности боли в поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Анамнез заболевания: впервые боли в поясничной области появились 4 года назад. Сопровождались высокой лихорадкой и болезненными мочеиспусканиями. В течение недели по назначению педиатра девочка принимала фурадонин, после чего все явления исчезли. Не обследована. В последующем периодически наблюдались подъемы температуры с болями в пояснице на фоне ОРВИ. Последнее ухудшение состояния девочки мама связывает с переохлаждением(долго купалась в реке, день был прохладный).Объективно: общее состояние ближе к средней тяжести, самочувствие плохое, вялая, на вопросы отвечает неохотно. Температура 38,8.Кожа чистая, сыпи нет, бледная, физическое развитие – масса тема 40 кг., рост 144 см. ЧД 26 в мин, ЧСС – 90/мин.. В легких везикулярное дыхание при аускультации. При перкуссии границы сердца не расширены, тоны сердца ритмичные, акцент второго тона на легочной артерии. АД – 110/75мм/рт/ст., живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Поколачивания по пояснице безболезненные. Количество мочеиспусканий 10-15 раз в сутки малыми порциями, моча мутная. Стул оформленный 1 раз в день. Общий анализ крови: эритроцитов 400000000000 л., гемоглобин 118 гр/л., лейкоцитов 25.0000000, палочкоядерных 10%, нейтрофилов – 64%, эозинофилов – 3%, лимфоцитов 22%, моноцитов – 7%, СОЭ 40 мм/час. Общий анализ мочи: уд. Вес 1005, белок – 0,43 гр/л., лейкоциты – 50-60 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные и свежие, 3-4 в поле зрения, геолиновые цилиндры до 2 в поле зрения, бактерии ++. В моче обнаружена кишечная палочка, микробное число до 6000000 кое в одном мл. мочи, чувствительной к амоксициллину, гентамицину. Креатинин крови 80 ммоль/л, общий белок 62,5 гр./л, мочевина 5,6 ммоль/л.

	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
	-	Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, активная фаза, активность II степени, функция почек сохранена. Диагноз установлен на основании наличия болевого синдрома, лихорадки с ознобом, интоксикационного синдрома и воспалительных изменений в общем анализе крови, а также дизурических расстройств (учащенное болезненное мочеиспускание). Наличие указанных симптомов в течение 4 лет говорит о хроническом проявление пиелонефрита, его рецидивирующем течении.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените данные клинического обследования (анализы крови, анализы мочи)
	-	В общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускоренное СОЭ, в анализе мочи – мутность, лейкоцитурия(до 50-60 в поле зрения), значимая бактериоурия (10000000кое в одном мл. мочи), снижение удельной плотности мочи (1050), высев кишечной палочки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какое еще обследование нужно провести для подтверждения диагноза
	-	Дообследованнее: уроцитограмма с активными лейкоцитами, повторить общий анализ мочи, в биохимическом анализе крови определить содержание мочевины, креатинина, калия, натрия, белков острой фазы воспаления, пробу Зимницкого, суточную секрецию солей оксалатов и мочевой кислоты, УЗИ почек (лежа и стоя) и мочевого пузыря(до и после микции), консультация гинеколога, так как возможна высокая вероятность вульвовагинита. Микционная цистография и экскреторная урография в период ремиссии воспалительного процесса в мочевой системе.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	4	Назначьте лечение
	-	Режим постельный, далее полупостельный и переход на общий. Диетотерапия: механически, термически, химически щадящая. Ограничение поступления продуктов, содержащих избыток белка и экстрактивных веществ, обильное питье в виде воды, натуральных морсов, компотов. Соблюдение режима регулярных мочеиспусканий (через 2-3 часа) и дефекации. Антибактериальная терапия по чувствительности к антибиотику патогенной флоры. 10-14 дней. Лекарственные препараты, контроль за анализами мочи, коррекция дисбиоза пробиотиками – аципол.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план наблюдений после выписки из стационара
	-	После выписки при рецидивирующем течении инфекции мочевых путей пиелонефрита, цистита ребенок должен наблюдаться в условиях поликлиники педиатром и нефрологом до передачи во взрослую поликлинику. Вначале наблюдается в IVгруппе, далее при ремиссии более 5 лет ребенок переходит в III группу наблюдения. Диета - стол №–5 по Певзнеру с обильным питьем, по типу «пульсирующей» методики приемом кислых и щелочных продуктов. Вакцинация по индивидуальному календарю. Занятия физкультурой в специальной группе А, далее в подготовительной группе с коррекцией группы нефрологом. Контроль за состоянием мочеполовой органов и промежности, правильное подмывание, профилактика запоров.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	27
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 8 лет поступил в клинику с жалобами на носовое кровотечение синячки на конечностях на туловище и на лице. Анамнез заболевания –заболел остро через 2 недели после перенесенной ОРВИ. Появились кровоизлияния на туловище конечностях и носовое кровотечение. Мальчик направлен в стационар. Объективно состояние тяжелое в сознании температура 36.8 отмечается носовое кровотечение кровоточивость десен на конечностях туловище множественные кровоизлияния в виде петехий и экхимозов они полиморфные полихромные не симметричные появившиеся спонтанно. Масса тела26.6кг. рост 126 см. ЧД-20 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Границы

		относительной сердечной тупости соответствуют возрасту Тоны сердца ясные ритмичные.ЧСС-88 уд. в минуту АД-100/70мм.рт.ст..Живот мягкий доступен глубокой пальпации безболезненный печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускания не нарушены. Общий анализ крови- эритроциты-3.800000000000/лHgb-100г/л.НСТ-34% лейкоциты-6/00000000/ л. Тромбоциты 30.000000 /л эоз-2% п/я. Нейтрофилы-52% лимфоциты-36моноциты- 8%СОЭ 13мм/ч Биохимический анализ крови-Общий белок-72г/л АЛТ-23ЕД. АСТ-19ЕД серомукоид 0.17г/л.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – диагноз поставлен на основании наличия кожного геморрагического синдрома петехиально-пятнистым типом кровоточивости петехии и экхимозы полиморфные полихромные несимметричные появляющиеся спонтанно рецидивирующих носовых кровотечений на фоне выраженной тромбоцитопении. Геморрагический синдром в виде кожных проявлений манифестирует при снижении числа тромбоцитов в периферической крови менее 30-50000000 и даже 1500000000/л свидетельствует о тромбоцитопении. Влажная форма пурпуры –на основании кожного геморрагического синдрома и наличия носовых кровотечений и кровотечений из десен. Провоцирующим фактором в данном случае явилась ОРВИ.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какие необходимы дополнительные методы обследования
	-	- Дополнительные методы обследования длительность кровотечения по Дюке и время свертывания крови по Ли-Уайту Активированное парциальное тромбопластиновое время и тромбиновое время ретракция кровяного сгустка иммунограмма определение гуморальных антитромбоцитарных антител.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените общий анализ крови и биохимический
	-	В общем анализе крови анемия легкой степени выраженная тромбоцитопения. Биохимический анализ крови без патологии.
2	-	Дан правильный ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	4	Что входит в гематологическую триаду лабораторной диагностики
	-	В гематологическую триаду лабораторной диагностики входит –тромбоцитопения менее150000/л при данной патологии у ребенка-30000/л увеличение времени кровотечения по Дюке более 4-х минут и снижение ретракции кровяного сгустка –менее 75%
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Перечислите заболевания с которыми следует проводить дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями сопровождающиеся синдромом тромбоцитопатии болезнь Глянцмана. Болезнь Виллебранта протекающие с тромбоцитопенией –острый лейкоз гипопластическая анемия . Заболевания соединительной ткани.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	28
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 лет поступила в стационар с жалобами на сыпь преимущественно на нижних конечностях. Болезненность и отечность коленных и голеностопных суставов боли в животе. Анамнез заболевания-заболела через 3 недели после перенесенной лакунарной ангины. Объективно состояние средней степени тяжести на коже ягодиц нижних конечностей геморрагическая сыпь в виде петехий. Имеются участки макулезной сыпи красно –багровой окраски не исчезающей при надавливании. Сыпь расположена симметрично на конечностях болезненность и отечность коленных и голеностопных суставов. Масса тела -35кг. Рост-148см ЧД-20 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Границы относительной сердечной тупости в норме тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 8Ов минуту. Живот мягкий при пальпации болезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Стул ежедневный без патологических примесей.

		Мочеиспускание не нарушено. Общей анализ крови 370000000000/л Hgb-130г /л HCT-32.3% WBC-10.4000000/л-тромбоциты380.000000/л палочкоядерных 8% нейтрофилы 67% Моноциты6% лимфоциты-16% СОЭ-28мм.ч Общий анализ мочи- желтый удельный вес-1020 белок –отсутствует .лейкоциты-1-2 в поле зрения эпителиальные клетки 3-4 в поле зрения. Показатели системы гемостаза- тромбоциты 380.000000 активированное частично тромбопластиновое время-21 с норма-35с протромбиновое врем 12с норма -14-17 с.этаноловый тест- положительный.
	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
	-	Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожно-суставно-абдоминальная). Активность II, острое течение. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, перенесённая накануне лакунарная ангина, кожного геморрагического синдрома с васкулитно-пурпурным типом кровоточивости суставного и абдоминального синдрома.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените результаты общего анализа крови биохимического анализа крови и анализа мочи.
	-	В общем анализе крови умеренная эритропения, нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз и ускоренное СОЭ. В общем анализе мочи патологии нет, но требуется контроль ввиду частого вовлечения в патологический процесс почек. В биохимическом исследовании крови признаки гиперкоагуляции (укорочение активированного частично тромбопластинового времени, протромбированного времени, повышение уровня фибринолиза.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Перечислите какие еще надо сделать анализы
	-	Дополнительные методы исследования: повторный анализа мочи, протеинограмма, коагулограмма, иммунограмма(циркулирующий иммунный комплексы, Iga,Igm,IgG), кал на скрытую кровь (реакция Григерсона)., функциональные почечные пробы (пробы Реберга-Тареева, Зимницкого).УЗИ органов брюшной полости, УЗИ суставов.
2	-	Дан правильный ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
	-	Менингококцемия и заболеваниями, протекающими с геморрагическим синдромом (тромбоцитопеническая пурпура, вторичные тромбоцитопении, острый лейкоз, гемофилия)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение
	-	Ребенок должен быть госпитализирован. Соблюдать охранительный режим, ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур, постельный режим, расширять режим , если нет кожных высыпаний последние 10 дней. В лечение следует применять курантил в дозе 0,05 три раза в день , если есть вовлечение почек или влажная форма геморрагического диатеза. Преднизолон в дозе 0,5 – 1,0 мг. На кг. В сутки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	29
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Подросток, 16 лет, поступил в отделение кардиологии детской городской клинической больницы для проведения обследования в связи с жалобами на повышение артериального давления. Из анамнеза заболевания известно, что впервые повышение АД до 140/90 мм.рт.ст. зафиксировано месяц назад во время прохождения диспансеризации в физкультурном диспансере. Занимается каратэ на протяжении 8 лет, тренировки 6 раз в неделю по 1,5 часа, с нагрузками справляется. В течение последнего года толерантность к физическим нагрузкам не снизилась, появились жалобы на беспокойный сон. Гипотензивные препараты ранее не получал. Анамнез жизни: мальчик от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 55 см, вес 4000 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В раннем возрасте

		наблюдался у невролога в связи с гипертензионно-гидроцефальный синдромом, получал диакарб. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2-3 раз в год), в возрасте 5 лет ветряная оспа. С 6 лет избыточный вес, диету не соблюдает. Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. Наследственность отягощена по гипертонической болезни: мать, 46 лет, отец, 50 лет, страдают гипертонической болезнью. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост 177 см, вес 99 кг. ИМТ = 31,6 кг/м^2. Кожные покровы бледно-розовые, дистальный гипергидроз. Подкожно-жировой слой развит избыточно, стрий нет. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС в положении лежа 78 уд/мин., шумы не выслушиваются. АД среднее на правой руке 140/86 мм.рт.ст., АД среднее на левой руке 142/90 мм.рт.ст. (средние значения САД и ДАД определены на основании трех измерений АД, проведенных с интервалом 3 минуты). Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край гладкий, при пальпации безболезненный. Пульс на a.femoralis определяется, достаточный с обеих сторон. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 5,05 ммоль/л, ХС ЛВП – 1,0 ммоль/л; ХС ЛНП – 3,81 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Артериальная гипертензия Iстепени, высокий риск. Ожирение 1 ст. Метаболический синдром.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз артериальной гипертензии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, выявленном повышении АД при трехкратном измерении при осмотре. Установление степени артериальной гипертензии возможно, так как артериальная гипертензия у подростка установлена впервые, гипотензивные препараты ранее не получал, основано на цифрах АД, измеренных во время приема (Iстепень – 95-99 перцентиль + 5 мм.рт.ст.). Высокий риск поставлен на основании наличия 6 факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы натощак, нарушение толерантности к глюкозе, сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе, ожирение). Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии,

		гипергликемии натощак.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обязательных методов функциональной диагностики для обследования пациента
	-	Методы функциональной диагностики: суточное мониторирование АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, дифференциальной диагностики артериальной гипертензии (эссенциальная, симптоматическая); электрокардиография с целью оценки признаков перегрузки предсердий и состояния конечной части желудочкового комплекса (снижение сегмента ST и сглаженность T) для выявления повышенной чувствительности β-адренорецепторов к катехоламинам, определения критериев гипертрофии левого желудочка; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия изменений, связанных с повышением АД; ультразвуковое исследование почек для исключения почечного генеза артериальной гипертензии.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Перечислите 5 основных групп антигипертензивных препаратов, используемых в настоящее время для лечения артериальной гипертензии у детей и подростков
	-	Ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридоновые), тиазидные диуретики.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по допуску подростка с артериальной гипертензией к тренировочно-соревновательному процессу
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу после проведения обследования при отсутствии поражения органов мишеней

		(гипертрофии миокарда ЛЖ или других сопутствующих заболеваний сердца) подросток может быть допущен к занятиям любимы видами спорта, включая каратэ. В дальнейшем необходимо осуществлять контроль АД. При стойком повышении АД более 160/90 мм.рт.ст. даже при отсутствии поражения органов-мишеней рекомендуется отстранение от занятий высокоинтенсивными статичными видами спорта (класс IIIAи IIIC). Каратэ относится к классу IIA.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	30
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Осмотр участковым врачом-педиатром ребенка в возрасте 1 месяца. Жалобы на беспокойство во время кормления (находится на грудном вскармливании), отказ от груди. Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы появились в течение нескольких дней. В роддоме педиатром выслушан шум в сердце, рекомендована консультация кардиолога по месту жительства после выписки. Врачом-детским кардиологом не осмотрен. Из анамнеза жизни известно, что мальчик от 1 беременности, в 1 триместр угроза прерывания. Роды 1, срочные. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосал активно. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Прививки по возрасту (в роддоме первая вакцинация против вирусного гепатита В, вакцинация против туберкулеза). Нервно-психическое развитие по возрасту. Семейный анамнез: у матери, 25 лет, аутоиммунный тиреоидит без нарушения функции щитовидной железы. При осмотре в покое ЧД 66 в мин, ЧСС 180 в мин. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Над областью сердца выслушивается дующий систолический шум с punctummaximum в 3-4 межреберье у левого края грудины, интенсивностью 3/6, проводится в межлопаточную область, Второй тон на легочной артерии акцентирован. Живот мягкий, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Стул 5-6 раз за сутки.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Врожденный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, дефект межжелудочковой перегородки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Шум в сердце дующий, органического характера (интенсивность 3/6, проводится в межлопаточную область), измененные по соотношению тоны сердца (акцент 2 тона на легочной артерии) позволяют думать о пороке сердца. Акцент (усиление) 2 тона на легочной артерии патологический (физиологический наблюдается с 1.5-2 лет до 10 лет), свидетельствует о гиперволемии малого круга кровообращения. По характеру и локализации шума, а также учитывая возраст ребенка наиболее вероятен септальный дефект - дефект межжелудочкой перегородки (ДМЖП). Дефекты с большим сбросом слева направо обычно проявляются клинически с 4-8 недель, что связано с физиологическим снижением общего легочного сопротивления и увеличением сброса слева направо. Тахикардия и одышка в покое, увеличение печени, отсутствие застойных влажных хрипов в легких характерны для недостаточности кровообращения IIA стадии (степени).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ – оценка ритма, ЧСС, направления ЭОС, вольтажа зубцов (при «сбросовых» дефектах доминирует гипертрофия левого желудочка и левого предсердия, по мере нарастания легочной гипертензии электрическая ось смещается вправо, нарастает гипертрофия правого желудочка, нарушений ритма сердца и проводимости возможны, но не характерны); проведение ЭХО-КГ для установления анатомического дефекта, направления сброса крови через дефект, измерения давления в полостях, оценки систолической функции левого желудочка.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
	-	Основные препараты - сердечные гликозиды и диуретики с целью коррекции сердечной недостаточности. Возможно использование ингибиторов АПФ. Выбор препарата из этих групп основан у сердечных гликозидов на их способности воздействовать на сократимость миокарда (увеличивать сократительную функцию миокарда), у мочегонных – на объем циркулирующей крови (уменьшать ОЦК).Ингибиторы АПФ снижают периферическое сопротивление сосудов, облегчают антеградный кровоток из левого

		желудочка, тем самым уменьшая сброс через дефект межжелудочковой перегородки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Терапия дигоксином в поддерживающей дозе 0,01 мкг/кг/сутки, капотеном в дозе 1 мг/кг/сутки и верошпироном 3 мг/кг/сутки через 2 недели привела к нормализации ЧСС и ЧД, размеров печени, исчезли жалобы на беспокойство во время кормления, отказ от груди. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Оставить терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение, учитывая эффективность проводимой терапии и высокую вероятность спонтанного закрытия дефекта или уменьшения в размерах. Контроль размеров дефекта межжелудочковой перегородки, систолической функции левого желудочков, давления в полостях через 3 месяца. При отсутствии признаков недостаточности кровообращения на фоне терапии постепенная отмена лечения, при сохранении сброса – радикальная коррекция ДМЖП в возрасте 1-2 года (согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	31
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На приеме у врача-детского кардиолога. Девочка 2,5 лет, направлена педиатром на консультацию к кардиологу в связи с шумом в сердце. Из анамнеза заболевания известно, что впервые шум в сердце педиатром выслушан у ребенка в возрасте 2-х лет при осмотре в связи с острым респираторным заболеванием, на фоне фебрильной температуры тела. Согласно записи в истории развития ребенка (форма 112/у) небольшой систолический шум определялся при аускультации слева от грудины во втором-третьем межреберье. Ранее девочка кардиологом не осматривалась, электрокардиография и эхокардиография не проводились. Из анамнеза жизни известно, что девочка от 1 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 52 см, вес 3500 гр. Закричала сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосала активно. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту.

		С 1,5 лет посещает детский сад, нервно-психическое и физическое развитие по возрасту, любит подвижные игры, физические нагрузки переносит хорошо. Семейный анамнез: мать, 30 лет, страдает артериальной гипертензией. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 25 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: верхняя – второе межреберье; левая – 1 см кнаружи от левой сосковой линии; правая – на 0,5 см внутрь от правой парастернальной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Шум над областью сердца не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, нижний край печени не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Пульс на a.femoralisопределяется, достаточный с обеих сторон. На электрокардиограмме регистрируется синусовый ритм с ЧСС 100-110 в мин. Угол альфа QRS +90 гр. Продолжительность интервала PQ 0,16 сек. При проведении эхокардиографии выявлен врожденный порок сердца (септальный дефект), полости сердца не увеличены, сократительная функция миокарда в норме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз (врожденный порок сердца).
	-	Врожденный порок сердца: вторичный дефект межпредсердной перегородки. НК 0.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз вторичный дефект межпредсердной перегородки может быть поставлен на основании характера и локализации шума (непостоянный, небольшой систолический шум слева от грудины во втором-третьем межреберье), отсутствия клинических проявлений с рождения и до настоящего времени, перенесенных заболеваний (частые ОРЗ, пневмония), данных Эхо КГ (септальный дефект). На основании клиники (хорошая переносимость физических нагрузок, отсутствие увеличения печени, одышки и тахикардии при осмотре), ЭКГ-данных (ЧСС соответствует возрасту, нет признаков перегрузки и гипертрофии отделов сердца, патологического отклонения ЭОС), Эхо КГ (нормальные размеры полостей и сократительная способность миокарда) в настоящее время можно сделать вывод об отсутствии признаков недостаточности кровообращения (НК0).
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Объясните при данном заболевании генез непостоянного небольшого систолического шума, выслушанного педиатром слева от грудины во втором-третьем межреберье, связь с повышением температуры тела.
	-	Шум не связан непосредственно со сбросом крови через межпредсердный дефект, а является результатом относительно высокого кровотока через легочный клапан. Нередко впервые шум выслушивается при состояниях, когда этот кровоток усиливается дополнительно – например, при инфекционных заболеваниях с высокой температурой и повышением сердечного выброса
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Интерпретируйте полученные ЭКГ-данные (соответствие указанных параметров возрастной норме)
	-	Синусовый ритм с ЧСС, соответствующей возрастной норме. Угол альфа QRS + 90 гр. в возрасте 2-х лет свидетельствует о вертикальном положении электрической оси сердца, что является также нормой. Продолжительность интервала PQ 0,16 сек. в возрасте 2,5 года является критерием атриовентрикулярной блокады I степени. АВ-блокада Істепени может встречаться у практически здоровых детей при повышении парасимпатических влияний на ритм сердца.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какова Ваша лечебная тактика, связанная с выявленным врожденным пороком сердца. Обоснуйте Ваш выбор.
	-	В связи с отсутствием признаков недостаточности кровообращения в настоящее время терапевтическое лечение не показано. Учитывая возраст ребенка показана консультация кардиохирурга для определения сроков хирургической коррекции порока и его вида. Сроки оперативной коррекции дефекта межпредсердной перегородки (согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца) – возраст ребенка 2-5 лет. Вид коррекции (радикальная или транскатетерное интервенционное вмешательство) при данном пороке определяется анатомией
	-	Дан полный развернутый ответ

2		
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	33
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	На приеме у врача-детского кардиолога. Подросток, 14 лет, направлена на консультацию к кардиологу в связи с жалобами на перебои в работе сердца. Из анамнеза заболевания известно, что перебои в работе сердца беспокоят в течение месяца, возникают чаще в покое, ночью, проходят самостоятельно. Согласно записи в истории развития ребенка (форма 112/у) ранее кардиологом не осматривалась, электрокардиография и эхокардиография не проводились. В течение года 6 месяцев назад перенесла острое респираторное заболевание в легкой форме. Из анамнеза жизни известно, что девочка от 2 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 50 см, вес 3600 гр. Закричала сразу, к груди приложили в первые сутки, грудь сосала активно. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2-3 раз в год), ветряная оспа в 4 года. Семейный анамнез: сердечно-сосудистые заболевания у отца и матери девочки не выявлены При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, аритмичные (выслушиваются экстрасистолы), ЧСС 80 в мин. лежа. Лежа до 2-экстрасистол в минуту, стоя экстрасистол нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Шум над областью сердца не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, нижний край печени не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Пульс на a.femoralisопределяется, достаточный с обеих сторон. На электрокардиограмме регистрируется синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. Угол альфа QRS +60 гр. Продолжительность интервала PQ 0,20 сек. Три одиночных преждевременных комплекса QRS=130 мс, АВ-диссоциация в экстрасистолических комплексах.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. Атриовентрикулярная блокада I степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
	-	Ответ дан неверно

0		
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз желудочковой экстрасистолии установлен на основании жалоб на перебои в работе сердца, данных осмотра (аускультативно выслушаны экстрасистолы) и наличия электрокардиографических критериев (широкие преждевременные комплексы QRS, наличие АВ-диссоциации в экстрасистолических комплексах). Диагноз АВ-блокады Iстепени установлен на основании наличия электрокардиографических критериев (удлинение интервала до PQ 0,20 сек.).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Назовите нарушение сердечного ритма, с которым в первую очередь проводится дифференциальная диагностика желудочковой экстрасистолии и характерный электрокардиографический признак, позволяющий поставить правильный диагноз
	-	Синусовая аритмия. Широкие преждевременные комплексы GRS Удлинение PG интервала до 0.20сек.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план обязательных методов функциональной диагностики для обследования пациента.
	-	Суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назовите кардиомиопатию, при которой желудочковая экстрасистолия при Холтеровского мониторировании ЭКГ с частотой более 500/24 часа, является диагностическим критерием данного заболевания и определите какой это критерий (малый или большой).
	-	Аритмогенная кардиомиопатия/дисплазия правого желудочка. Малый критерий.
	-	Дан полный развернутый ответ

2		
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	34
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка, 8 лет, направлена на консультацию к детскому кардиологу в связи с однократным приступом потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что однократная потеря сознания отмечалась 2 дня назад после медицинской манипуляции (взятие крови из вены) в поликлинике. Вышла из процедурного кабинета и потеряла сознание. Перед приступом в течение нескольких секунд сердцебиение, сопровождающееся тошнотой, головокружением, потемнением в глазах. Продолжительность приступа (со слов матери девочки, находилась рядом с ней) до1 минуты, не сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. После приступа слабость, дезориентации в пространстве не отмечалось. Плохо переносит поездки в транспорте, отмечает головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях. Анамнез жизни: девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре, 1 срочных родов. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (1-2 раза в год). В возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния, синего типа. Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. Семейный анамнез: у матери девочки в возрасте 8-15 лет редкие (до 1 в год) приступы потери сознания после медицинских манипуляций (взятие крови из вены), во время длительного ортостаза в душных помещениях, в бане. Случаи внезапной сердечной смерти среди ближайших родственников отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, в положении лежа умеренная брадикардия (ЧСС 70 уд/мин.), шумы не выслушиваются. АД 78/50 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край гладкий, при пальпации безболезненный. Пульс на a.femoralis определяется, достаточный с обеих сторон. Периферических отеков нет. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70-74 уд/мин. ЭОС не отклонена (вертикальное положение – угол альфа +85 гр.). PQ=0,13 сек. QT=380 мс, QTc=413-422 мс, QRS=0,08 сек. Клинический анализ крови, общий анализ мочи без патологических изменений. После осмотра детским кардиологом, учитывая наличие перед

		синкопальным состоянием сердцебиения, для исключения аритмических причин обморока рекомендовано проведение суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ. При проведении исследования повторный приступ потери сознания во время длительного ортостаза в метро. Приступ протекал аналогично первому. При расшифровке записи во время жалоб на сердцебиение перед обмороком синусовая тахикардия с ЧСС до 120 в мин. с внезапным началом и окончанием. Другие нарушения ритма сердца и проводимости, диагностически значимые паузы ритма не зарегистрированы. Продолжительность интервала QT в норме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Синдром вегетативной дисфункции. Вазовагальные синкопальные состояния.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Синдром вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб (плохая переносимость поездок в транспорте, головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях), семейного анамнеза (у матери девочки клинически в анамнезе вазовагальные синкопальные состояния), осмотра (умеренная брадикардия, гипотония), данных электрокардиограммы (умеренная брадикардия). Вазовагальный характер синкопальных состояний определен на основании анамнеза (в возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния), наличия типичных провоцирующих факторов и условий (медицинские манипуляции, длительный ортостаз, душные помещения), результатов суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ (отсутствие значимых нарушений ритма сердца и проводимости во время жалоб на сердцебиение перед обмороком – регистрация синусовой тахикардии).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Синдром вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб (плохая переносимость поездок в транспорте, головокружения при длительном ортостазе, особенно в душных помещениях), семейного анамнеза (у матери девочки клинически в анамнезе вазовагальные синкопальные состояния), осмотра (умеренная брадикардия, гипотония), данных электрокардиограммы (умеренная брадикардия).

		Вазовагальный характер синкопальных состояний определен на основании анамнеза (в возрасте 1-2 лет аффективно-респираторные состояния), наличия типичных провоцирующих факторов и условий (медицинские манипуляции, длительный ортостаз, душные помещения), результатов суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ (отсутствие значимых нарушений ритма сердца и проводимости во время жалоб на сердцебиение перед обмороком – регистрация синусовой тахикардии).
	-	Эхокардиография для исключения кардиальных причин обмороков. Для подтверждения вазовагального характера синкопальных состояний – тилт-тест.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назовите причины прекращения тилт-теста
	-	Проба прекращается с случае выполнения согласно общепринятому протоколу (длительность пассивной фазы 45 минут по Вестминстерскому протоколу) или при развитии предсинкопального (синкопального) состояния.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	При проведении тилт-теста на 5 минуте пассивного ортостаза у девочки появились жалобы на головокружение, сердцебиение, потемнение в глазах, тошноту. На ЭКГ синусовая тахикардия с ЧСС 120 в мин, снижение АД до 60/20 мм.рт.ст. Определите и обоснуйте вариант вазовагального предсинкопального состояния. Назовите рефлекс, лежащий в основе патогенеза вазовагальных обмороков.
	-	Вазодепрессорный вариант вазовагального состояния (VASIS III). Только при данном варианте обморока может отмечаться прирост ЧСС при развитии синкопального или предсинкопального состояний. В основе патогенеза вазовагальных обмороков лежит рефлекс Бецольда – Яриша.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	35
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка, 12 лет, обратилась на консультацию к кардиологу в связи с приступами потери сознания. Из анамнеза заболевания известно, что первый приступ потери сознания возник в возрасте 10 лет во время катания на аттракционе в парке. Приступ сопровождался судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. В связи с обмороком больная проконсультирована кардиологом в одной из ведущих кардиологических клиник, проводилось суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ. Исключены кардиальные причины синкопе, лечение не назначалось. В возрасте 11 лет повторный приступ потери сознания: после активной игры поднялась на второй этаж и потеряла сознание. В 12 лет два синкопальных эпизода: во время спокойной езды на велосипеде и на фоне бега. Продолжительность всех обмороков около 1 минуты. Некоторые приступы сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. Перед потерей сознания сердцебиение. После обмороков слабость, головная боль. Анамнез жизни: девочка от 1-ой беременности, протекавшей на фоне повышенного артериального давления матери, угрозы прерывания, 1 срочных родов. Вторая из двойни. Длина тела при рождении 50 см, вес 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Перенесенные заболевания: редкие ОРЗ (до 2 раз в год). Травмы, сотрясения головного мозга, операции отрицает. С 10 лет занимается конным спортом Семейный анамнез: у матери приступы потери сознания в детстве на фоне волнений, без видимой причины, не сопровождались судорогами и непроизвольным мочеиспусканием При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 154 см, вес 41 кг. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. На верхушке и в т. Боткина систолический шум, интенсивностью 2/6, экстракардиально не проводится. ЧСС 64 в мин. (лежа). АД 84/50 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный. Менструации с 11 лет, регулярные, по 5 дней через 30 дней, безболезненные. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64-74 в мин. (25-50 перцентиль). ЭОС не отклонена. PQ 0,09-0,10 сек. (укорочение PQ). QT 400 мс, QTc=444 мс (на ЧСС 74 в мин). Стоя синусовый ритм с ЧСС до 124 в мин. Электролиты крови в норме. Суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ: в дневное и ночное время синусовый ритм. Укорочение интервала PQ (0,08-0,09 сек.) .ЧСС ср. днем - 75 уд/мин. (норма 85-96). ЧСС ср. ночью - 57 уд/мин. (норма 66-74).ЧСС ср. сутки - 67 уд/мин. (норма 75-87).ЦИ - 1,32 (норма-1,24-1,38). Правильный циркадный профиль сердечного ритма.В период бодрствования (по дневнику подъем на 2 этаж, сердцебиение, сопровождающееся головокружением) эпизод

		полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. Паузы ритма до 1384 мс (норма не более 1500 мс). Продолжительность интервала QT на минимальной ЧСС 45 уд/мин. 480 мс (норма 390-480 мс). Автоматический анализ интервала QT (по 1 каналу): QTo- 429 мс (N 330 - 400 мс), QTос -446 мс (N 400 - 450 мс), QTр-345 мс (N 255 -310 мс), QTрс - 359 мс (N305 -360 мс). QT max - измерение неверно. Параметры частотной адаптации интервала QT в пределах нормы. Эхокардиография: признаки пороков сердца не выявлены. Размеры полостей и сократительная способность миокарда в норме. Открытое овальное окно 1,5 мм в диаметре.
	1	Укажите наиболее вероятную причину обмороков. Обоснуйте свой ответ.
	-	Наиболее вероятная причина синкопальных состояний – полиморфная желудочковая тахикардия. Связь синкопальных состояний с физической нагрузкой, регистрация во время физической нагрузки (по дневнику подъем на 2 этаж) при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин., сопровождающейся клинически сердцебиением, головокружением.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синкопальная форма. Открытое овальное окно 1,5 мм.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии установлен на основании анамнеза (синкопальные состояния, связанные с физической нагрузкой, сердцебиение перед обмороками), объективных данных (регистрация при проведении суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ эпизода полиморфной (двунаправленной) желудочковой тахикардии с ЧСС 180-200 в мин. во время физической нагрузки, нормальная продолжительность интервала QT; отсутствие структурной патологии сердца по данным эхокардиографии, которая могла быть связана с развитием полиморфной желудочковой тахикардии; отсутствие электролитных нарушений). Брадикардия в сочетании с укороченным

		интервала PQ характерна для детей с синкопальной, злокачественной формой катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией. Открытое овальное окно диагностировано при проведении эхокардиографии.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки.
	-	Учитывая установленный клинически диагноз катехоламинергической полиморфной желудочкой тахикардии, отсутствие в анамнезе указаний на эпизод остановки сердца с проведением реанимационных мероприятий, ранее проводимую антиаритмическую терапию, назначение бета-блокатора. Согласно национальным рекомендациям по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти бета-блокаторы должны быть назначены всем больным с установленным диагнозом катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией вне зависимости от наличия клинических проявлений (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора будут являться рецидив синкопальных состояний на фоне приема бета-блокатора - первичная профилактика внезапной сердечной смерти и остановка сердца – вторичная профилактика (класс рекомендаций I, уровень доказательности C).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации по дальнейшим занятиям конным спортом, физкультурой в школе у данной пациентки.
	-	Согласно национальным рекомендациям по допуску спортсменов с нарушениями сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу у больных с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардий при наличии клинических симптомов прогноз крайне неблагоприятный без наличия имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов и такие пациенты должны быть отстранены от занятий соревновательными видами спорта, включая конный спорт. От уроков физкультурой в школе девочка должна быть тоже отстранена.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
	-	Ответ дан неверно

0		
	-	36
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 14 лет, поступил в стационар экстренно с жалобами на приступ затрудненного дыхания, сопровождающийся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, подъемом АД до 135/70 мм рт.ст. на фоне тахикардии В течение последнего года было 3 аналогичных приступа, последний - месяц назад после острого респираторного заболевания, на фоне высоких психо-эмоциональных нагрузок. Приступы длительностью до 10 мин., купируются самостоятельно или при применении физических методов (горячая вода, глубокое дыхание). Обычный уровень АД в пределах нормы, с тенденцией к гипотонии, умеренной брадикардии. Анамнез жизни: ребенок от первой неосложненной беременности. Роды - срочные, физиологические. Родился с массой - 3150 г. Рост - 51 см. Апгар - 8/9. Крик - сразу. Особенности периода новорожденности - без патологии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В анамнезе редкие ОРВИ, ветряная оспа. На 1 году жизни синдром гипервозбудимости. Оперативное лечение: в 3 года- фимоз, в 11 лет аденотонзилотомия. В настоящее время наблюдается неврологом, психиатром с диагнозом: синдром Туретта. Панические атаки. Получает тиаприд (нейролептик) и афобазол. Состоит на диспансерном учете у отоларинголога - хронический тонзиллит, стадия компенсации. Наследственность: мама - артериальная гипотензия, отец - склонность к АГ. По линии матери - СД 2 типа, ожирение, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия. По линии отца: инсульт, СД 2 типа, синдром WPW. Занимается в музыкальной школе, в секции баскетбола. Толерантность к физическим нагрузкам хорошая. Клиническое обследование: Длина тела 166 см, масса - 59 кг. В прошлом году — ростовой скачок на 10 см. Телосложение нормостеническое. Осанка правильная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Акрогипергидроз, усиленный сосудистый рисунок кистей рук. Область сердца - не изменена. Тоны сердца - ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. В легких дыхание - везикулярное. ЧД 20 в мин.. Клинический анализ крови – без патологических изменений. Биохимический анализ крови: АСТ 17,4 ед/л, холестерин 4,75 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,7, билирубин общий 14,8 мкмоль/л, мочевина 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 294 мкмоль/л, глюкоза 4,66 ммоль/л, белок 78 г/л. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Полувертикальная позиция сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 107/62 мм рт ст., среднедневное АД 110/65 мм рт. ст., средне ночное АД 100/57 мм рт ст.

		За время наблюдения в стационаре отмечалось две приступа затрудненного дыхания и подъема АД, купированы приемом валерьяны и пустырника.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз с учетом требований МКБ 10
	-	Вегетативная дисфункция G90.9, кризовое течение (симпато-адреналовые кризы в структуре панических атак).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Дайте обоснование диагноза
	-	Диагноз вегетативной дисфункции установлен на основании жалоб больного на приступы затруднения дыхания, сопровождающееся чувством страха, тоническим напряжением конечностей, побледнением, эпизоды повышения АД до 135/70 мм.рт.ст. ст., проявления периферической вегетативной дисфункции. Имеется связь усугубления симптоматики с ростовым скачком
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
	-	Учитывая отягощенную наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, необходимо оценить факторы риска. Целесообразно проведение ЭХО-КГ для выявления гемодинамических и структурных нарушений; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния глазного дна; ультразвуковое исследование почек; УЗДГ сосудов головного мозга для оценки кровотока в магистральных артериях головы; оценки функции внешнего дыхания Кризовое течение АГ требует исключения феохромоцитомы.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Требуется ли пациенту курсовой прием гипотензивных

		препаратов. Какие препараты рекомендуете? Обоснуйте свой выбор.
	-	Назначение гипотензивных препаратов в качестве базового лечения не требуется (по результатам суточного мониторирования АД: среднесуточное АД 124/75, среднедневное АД 127/77, средне ночное АД 113/67). При повышении АД и учащении ЧСС во время приступа — разовый прием метопролола 12,5 мг — под язык. В качестве основной терапии рекомендуется прием препаратов из группы анксиолитиков, психотерапия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	После выписки из стационара в соответствии с рекомендациями педиатра проведена коррекция режима дня и питания, двигательного режима, закончен курс лекарственной терапии, проведены занятия с психотерапевтом. При повторном осмотре через 6 мес – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако панические атаки не повторялись ни разу. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	-	Сделать акцент на здоровом образе жизни, достаточная физическая активность, продолжить занятия с психотерапевтом. В настоящее время в лекарственной терапии не нуждается.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	37
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Тактика ведения новорожденного.
	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
	-	Вскармливание грудным молоком.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
2	-	Дан полный развернутый ответ

1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	38
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 5 лет, заболел остро , с подъемом температуры тела до 38,0. Появление сухого кашля, насморка, в последние три дня температура держалась на фебрильных цифрах. Усилился кашель, появилась отечность век и коньюктивит. На 4 день болезни на лице, за ушами появилась пятнисто-паппулезная сыпь, которая на следующий день распространилась на туловище, плечи, а затем на предплечья, кисти, бедра, колени. Высыпания на фоне высокого подъема температуры до 38,6. Из анамнеза жизни выяснено, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Из прививок к 2 годам вакцинирован только против гепатита В. БЦЖ (в родильном доме). От остальных прививок родители отказывались. Эпидемиологический анамнез: две недели назад вернулся из Турции. Был в контакте с больным ребенком у которого была аналогичная сыпь. Родители здоровы. При осмотре на третий день от появления сыпи состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 38,7. Конечности горячие, мальчика беспокоит грубый, частый кашель. Отечность век, гиперемия конъюнктив, из носа обильные слизисто-гнойные выделения. Пальпируются подчелюстные, шейные ,подмышечные лимфоузлы, они мелкие, единичные, не спаяны в пакеты, при пальпации безболезненны. На коже лица, туловища, конечностях отмечаются элементы обильной крупной пятнисто-паппулезной сыпи в периоде пигментации. При осмотре зева умеренное разлитая гиперемия, слизистая в области переходной складки бархатистая, разрыхленная, видны белые пятна. ЧД 30/мин., аускультативно над легкими дыхание жесткое, хрипы сухие, единичные. Тоны сердца громкие, возбужденные, ритмичные. ЧСС 128/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. из-под края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Мочеиспускание свободное, стула в течение суток не было. Менингеальные знаки отрицательные. Общий анализ крови: эритроциты 3500000 в литре, гемоглобин 112 гр./л., лейкоцитов 4400 л/, палочкоядерных 3%, нейтрофилов 38%, лимфоцитов 52%, моноцитов 7%, СОЭ 7мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки – усиление легочного рисунка.
	1	Сформулируйте клинический диагноз
	-	Корь, типичная форма, средней степени тяжести, неосложненное течение. Диагноз поставлен на основании эпид.анамнеза: две недели назад ребенок вернулся из Турции, где был в контакте с ребенком с сыпью и отсутствие прививки против кори.
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	2	Перечислите синдромы заболевания, на основании которых поставлен диагноз
	-	Повышение температуры тела, фибрильная лихорадка, появление катаральных явлений со стороны носоглотки, конъюнктивита, отечности век, кожного синдрома. Сыпь наступила на 3-4 день болезни, поэтапно .В первый день – на лице и за ушами, на второй – распространилась на туловище и верхних конечностях, на третий день – на нижних конечностях. Сыпь обильная, крупнопятнистая, паппулезная, местами сливная. В ротовой полости типичных белых пятен – симптом Бельского-Филатова-Коплика Респираторно-катаральный синдром Сухой кашель с переходом к 7 дню заболевания в грубый, частый, Обильные слизисто гнойное отделяемое из носа..
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какова этиология данного заболевания. Какова продолжительность инкубационного периода данного заболевания
	-	Возбудителем кори является вирус семейства парамиксовирусов, имеющий сферическую форму и диаметр 120-230 нм. Инкубационный период составляет от 9 до 17 дней, в среднем 11 дней.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза
	-	Мазок из зева, носа. Обнаружение вирусного антигена в мазках – отпечатках со слизистой оболочки носа с помощью иммунофлюоресцентного метода возможна в первые 4 дня болезни. Серологический метод (реакция пассивной гемагглютинация и связывание комплимента), иммуноферментный анализ с обнаружением содержания антител класса IgM. В течение 7-10 дней от начала заболевания наблюдается значительное 9*-10 раз) нарастание титра антител.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный

0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение
	-	Лечение больного неосложненной корью проводится в домашних условиях. Постельный режим следует соблюдать в течение лихорадочного периода и в первые 2-3 дня нормальной температуры. Обильный питьевой режим. Рекомендуется 3-4 раза в день промывать глаза теплой кипяченой водой или 2-х % раствором соды, после чего закапать в глаза по 1-2 капли 20%-го раствора сульфацила натрия. Полоскание зева кипяченой водой, питье воды после еды способствует гигиеническому содержанию полости рта после еды. Симптоматическое лечение: антигистаминные , отхаркивающие препараты, жаропонижающая терапия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	39
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 1года 2х месяцев заболела утром остро с повышения температуры тела до38. 5 градусов вялости отказа от приема пищи появления грубого лающего кашля осиплости голоса слизистых выделений из полости носа За медицинской помощью не обращались. Температуру снижали нурофеном. К вечеру. состояние ухудшилось появились беспокойство и затрудненное дыхание. Ребенок госпитализирован в больницу. Анамнез жизни- с рождения находится на искусственном вскармливании наблюдалась с диагнозом атопический дерматит младенческая форма имеется избыточная масса тела. Родилась с массой3000.0г в настоящее время в 1г2мес. Масса12.300.Объективно при поступлении состояние средне тяжелое .Температура 38.8.На коже лица и туловища- элементы сыпи свойственной атопическому дерматиту. Отмечается одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки западение яремной ямки. ЧД 60 в минуту Отмечается незначительный цианоз носогубного треугольника мраморный рисунок кожи. Голос осиплый ..Кашель лающий непродуктивный. В ротоглотке- яркая гиперемия. Из полости носа слизистое отделяемое. Аускультативно над легкими дыхание жесткое хрипы проводного характера. Границы сердца не расширены при перкуссии. Над легкими перкуторно звук легочной без укорочений. Тоны сердца ясные ритмичные.ЧСС-140 в минуту. Живот мягкий доступен глубокой пальпации безболезненный Стул был вчера оформленный. . Диурез не нарушен. Общий анализ крови- зритроциты-3мил.5оотыс./л Hgb-110г/л Лейкоциты-5тыс400/л

		п/я-3 %нейтрофиллы-40% лимфоциты-57% моноциты-8% эозинофилы-2% СОЭ-5мм/ч. Кислотно-основное состояние- Phкрови7.34 Рсо-36мм.вод.ст. рО-68мм.вод.ст. ВЕ-2.0 Полимерная цепная реакция—исследование мазков из носоглотки парагрипп1 серотип1+ . аденовирус- отриц. Риносинтициальный- вирус- отриц. грипп-отриц. Рентенография органов грудной клетки инфильтративных теней в легких не определяется. Левая доля вилочковой железы не увеличена.
	1	Сформулируйте и обоснуйте основной клинический диагноз. и Сопутствующие диагнозы.
	-	Основной диагноз- Парагрипп. Стенозирующий ларинготрахеит. Стеноз гортани11 степени Диагноз установлен на основании анамнеза заболевания заболела остро с повышением температуры тела до 38.3 вялости отказа от еды с появления грубого лающего кашля осиплости голоса слизистого отделяемого из полости носа появившегося синдрома Дыхательной недостаточности одышки в покое инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. – ЧД—6Омин. Признаки умеренной гипоксии- цианоз носогубного треугольника. Сопутствующий диагноз- Атопический дерматит. Младенческая форма. .Лимфатикогипопластический диатез Так как имеется избыточная масса у ребенка- паратрофия а на Рентгенограмме определена тимомегалия.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Какой инкубационный период болезни и какой путь передачи инфекции
	-	Инкубационный период от1до6 дней путь передачи инфекции- воздушно-капельный.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените общий анализ крови.
	-	В клиническом анализе крови выявлена анемия легкой степени Нормохромная по этиологии в настоящий момент

		постинфекционная. По реакции ПЦР обнаружен вирус парагриппа Со стороны белой крови у девочки на фоне умеренной лейкопении относительная нейтропения обусловленная также вирусом парагриппа.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	С какими заболеваниями часто приходится проводить дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с ларинготрахеитом возможной бронхиальной астмой опухолями
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое лечение следует назначить.
	-	Аэротерапия- ингаляции увлажненным кислородом ингаляции с теплым физиологическим раствором ингаляции с будесонидом в/ м- преднизолон. Десенсибилизирующая терапия капли в нос. противокашлевые препараты-амброгексал.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	40
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 8 лет .Жалобы на затрудненное дыхание в течение последнего года. Периодически кашель тяжесть в загрудинной области при физической нагрузке. Из анамнеза известно наследственность отягощена .У бабушки по материнской линии- полиноз . У матери в детстве атопический дерматит в тяжелой степени тяжести. У отца псориаз и желче-каменная болезнь. У деда по отцовской линии- хронический пиелонефрит. Ребенок родился от1 беременности протекавшей с токсикозом первой половины беременности . У матери был хламидиоз. Роды в срок. Масса при рождении 3300 длиной 51 см. В периоде новорожденности распространенная токсическая эритема. При введении прикормов в 6 мес появились легкие симптомы атопического дерматита. В течение первых 3-х лет жизни болел редко с начала

		посещения детского сада стал болеть чаще до 6-8 раз в год. В 6 лет первый документированный эпизод бронхо обструкции сопровождаемый свистящими хрипами на фоне ОРВИ. Отмечался вначале положительный эффект на ингаляцию беродуалом. С 6 до 8 лет 4 эпизода БОС на фоне ОРВИ и один эпизод без признаков ОРВИ. Настоящее заболевание началось с повышения температуры до38.0 С явлении ринита в виде ринореи .сухого приступообразного кашля и затрудненного дыхания. Отмечался положительный эффект на беродуал вскоре после ингаляции. Однако непродолжительный –в течении2-3 часов. При осмотре состояние средне тяжести за счет дыхательной недостаточности. Sat-O92%.Кашель сухой . непродуктивный. Носовое дыхание затруднено . Из полости носа слизисто –водянистые выделения. Зев умеренно гиперемирован. Кожные покровы сухие с элементами гиперемии. Лихенификации. Расчесами в области локтевых и лучезапястных суставов. ЧД-32 в мин. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно дыхании ослаблено повсеместно выслушиваются сухие свистящие хрипы высокого тона. Выдох затруднен и удлинен. Тоны сердца отчетливые. Акцент второго тона нд легочной артерией. Живот мягкий безболезненный .во всех отделах. Печень селезенка не увеличены.
	1	Сформулируйте предположительный диагноз.
	-	ОРВИ. Бронхиальная астма приступный период. Сопутствующий диагноз- Аллергический ринит.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	У ребенка с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям . отягощенным собственным аллергологическим анамнезом с ранним проявлением атопии и предрасполагающих факторов- токсическая эритема в периоде новорожденности длительным ринитом вне ОРВИ .клиническими проявлениями атопического дерматита и наличием 5 эпизодов документированной обструкции как на фоне ОРВИ так и без признаков инфекционного заболевания. Подтверждает диагноз бронхиальной астмы и быстрая реакция на бронхолитическую терапию и данные осмотра- экспираторная одышка сниженные показатели Sat кислорода. Все выше сказанное в совокупности с выслушиваемыми хрипами и ослабленным дыханием в легких можно поставить предварительный диагноз- Бронхиальная астма атопическая приступный период. Длительность течения ринита вне инфекционных заболеваний респираторного тракта указывает на аллергическую природу ринита.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Составьте и обоснуйте план обследования ребенка для определения диагноза. Пациенту рекомендовано проведение исследование функции внешнего дыхании спирография пиклофлоуметрия ,пульсоксиметрия. Определение уровня окиси азота. В периоде ремиссии рекомендуется индивидуальной нормы показателей ПСВ. Тесты с физической нагрузкой аллергодиагностика .Осмотр ЛОР врача эндоскопическое исследование полости носа.
	-	
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назначьте лечение с учетом данных осмотра.
	-	Так как ингаляции с бородуалом не дают стойкого положительного эффекта необходимо уточнить дозу препарата.- назначается вентолин-бета агонист кроткого действия через небулайзер по 2.5мл 4 раза в день Следить за эффектом. Назначается пульмикорт 0.5 мг- 2раза в день
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Дайте рекомендации для дальнейшего лечения
	-	ИГКС- пульмикорт назначается на короткий срок с целью воздействия на воспалительный процесс Затем превентивная терапия – флексотид - по 0.125мг. 2 раза в день минимальный курс 3 месяца Назонекс по 1 дозе-5мкг. С учетом длительности заболевания курс 3 месяца.
	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	41
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6 лет. В течение 1.5 месяцев отмечается раздражительность быстрая утомляемость снижение аппетита головная боль потливость по ночам повышение температуры до 37.2.Анамнез жизни девочка от4 беременности протекавшей с гестозом.2-х срочных родов. Масса тела при рождении 3400г. Длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании с 3-х месяцев. Развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания 7-8 раз в год ОРВИ. 2 раза бронхит. Профилактические прививки сделаны по календарю. В родильном доме вакцинирована вакциной БЦЖ. Прививочный рубец отсутствует. Выполнена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л папула 8мм. Объективно общее состояние удовлетворительное. Масса тела 20 кг. Ромт115 см. Кожные покровы бледные влажные отмечается мраморность .Периферические лимфоузлы увеличенные пальпируются в 5 группах- подчелюстные. передне- шейные. подмышечные . торакальные и паховые. Они эластичные не спаяны в пакеты и безболезненные ЧД 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное Хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные на верхушке выслушивается нежный систолический шум.ЧСС-105 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень+1см.из под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез не нарушены. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л в1-2-3-4 года и 5 лет отрицательная. Общий анализ крови-Hgb-120г.л. Эр-4мил.200т Лейкоциты-12т500 в л. Палочкоядерные-2% сегментоядерные-32% Лимфоциты-58% Эозинофилы 2% моноциты 6%. СОЭ-18мм.ч. Общий анализ мочи –цвет соломенно-желтый удельный вес1018 Белок не обнаружен. Лейкоциты 3-4 в п.зр. Эритроциты-0-1 в п .зр Рентгенография органов грудной клетки без очаговых инфильтративных изменений. Корни структурные..
	1	Сформулируйте предварительный основной диагноз.
	-	У девочки ранняя туберкулезная интоксикация выставлена на отмечались основании клинических признаков заболевания. В течение 1.5 месяцев у девочки отмечались раздражительность быстрая утомляемость снижение аппетита головные боли потливость по ночам субфебрилитет тахикардия систолический шум на верхушке сердца впервые установленной положительной пробы Манту с2 ТЕ ППД-Л. Изменения в общем анализе крови при отсутствии локальных изменений на рентгенограмме грудной клетки. Имеет место вираж туберкулиновых проб.- появление впервые положительной пробы Манту с 2 ТЕ ППД- Л после отрицательных проб ч то говорит о произошедшем инфицировании
2	-	Дан полный развернутый ответ
	-	Ответ дан неполный

1		
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените физическое развитие девочки.
	-	Физическое развитие среднее гармоничное масса рост масса по росту25-50 перцентиль .
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените данные лабораторного и инструментального обследования.
	-	Вобщем анализе крови умеренный лейкоцитоз и умеренный относительный и абсолютный лимфоцитоз. На рентгенограмме органов грудной клетки инфильтративных и других патологических изменений не выявлено.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие еще методы обследования следует назначить.
	-	Диаскин- тест квантифероновый тест бактериологическое обследование н выявление микобактерий туберкулеза- бактериоскопия посев на жидкие и плотные среды анализ на полимеразную цепную реакцию молекулярная диагностика КТ- органов грудной клетки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие возможны исходы заболевания.
	-	Исход при своевременно начатом лечении благоприятный. Функциональные нарушения и симптомы интоксикации полностью исчезают наступает выздоровление. При неблагоприятных условиях у детей ослабленных при интеркуррентных заболеваниях при массивном инфицировании и затяжному течению. частых экзогенных суперинфекциях отмечается тенденция к длительному Затяжному течению. Ранняя интоксикация переходит в хроническую Или развиваются локальные формы первичного туберкулеза.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	42
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 6 лет. Из анамнеза известно наследственность отягощена по аллергическому фактору. –У матери в детстве рецидивирующие ларинготрахеиты –у бабушки по линии матери поллиноз и гипертоническая болезнь. У старшего брата девочки атопический дерматит. Девочка родилась от 2 беременности 2-х срочных родов путем кесарева сечения. Масса при рождении 3100.0г длина тела 50см. До года была на грудном вскармливании . В 5 месяцев на введение прикорма – овсяная каша появилась распространенная сыпь на теле. После отмены овсяной каши сыпь прошла. В дальнейшем периодически появилась крапивница на облигатные аллергены. Девочка часто болеет ОРВИ при которых всегда отмечался грубый сухой кашель и осиплость Голоса. Дважды в 5 и 6 лет отмечался стенозирующий ларинготрахеит на фоне ОРВИ и трижды вне ОРВИ. При Осмотре состояние средне тяжести за счет дыхательной
		недостаточности. Самочувствие средней тяжести-беспокойная Эмоционально лабильная Носовое дыхание затруднено за счет отека. Кашель грубый лающий Зев розовый. ЧД 30 в мин. Выражена осиплость голоса Затрудненный звучный выдох. Перкуторно над легкими звук легочной . При аускультации дыхание везикулярное хрипов не слышно. Отмечается участие в акте дыхания яремной ямки и межреберных промежутков. Тоны сердца ритмичные Живот мягкий безболезненный доступен глубокой пальпации. Печень селезенка не увеличены.
	1	Какой предположительный диагноз можно поставить.
	-	Можно поставить предположительный диагноз Аллергический ларинготрахеит Стеноз 2 степени. ДН 2 степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

	-	У ребенка с отягощенной наследственностью рецидивирующими эпизодами ларингтрахеита в том числе на фоне нормальной температуры быстрым эффектом на противовоспалительную терапию характерными клиническими симптомами может быть поставлен диагноз аллергический ларинготрахеит с учетом и грубого лающего кашля и осиплости голоса длительно сохраняющихся после любого заболевания В настоящее время заболевание протекает с ларингостенозом 2 ст. и ДН2 ст.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с ларинготрахеитом воспалительной этиологии в результате ОРВИ Папиломатозом и опухолевым процессом. Гортани врожденного и приобретенного генеза.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	-	Общий клинический анализ крови во время обострения и в период ремиссии. Аллергоисследование. Эндоскопическое исследование гортани.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечение этому пациенту.
	-	В острый период - ингаляции будесонидом 100 мкг при отсутствии эффекта повторить ту же дозу через 30 мин. При отсутствии эффекта –дексаметазон в дозе0.3 мг на кг веса. В период ремиссии –элиминационные мероприятия по диете по быту. Курсовое лечение антигистаминными препаратами второго поколения -зиртек или антилейкотриеновыми препаратами или кромонами--монтелукаст . сингулар.
	-	Дан полный развернутый ответ

2		
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	43
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мать обратилась к педиатру за советом в связи с тем что ее старшая дочь 5 лет стала раздражительной капризной ухудшился аппетит стала жаловаться на периодические боли в животе зуд в заднем проходе тошноту. При обследовании выявлен перианальный дерматит. вульвит. в клиническом анализе крови- эозинофилия
	1	Сформулируйте и обоснуйте. предположительный диагноз
	-	У девочки на основании симптомов интоксикации снижение аппетита появление раздражительности капризности болей в животе кожного зуда в перианальной области перианального дерматита и вульвита и эозинофилии в клиническом анализе крови можно предположить глистную инвазию - энтеробиоз. Периодические боли в животе возможно обусловлены Функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Сопутствующей патологией является у девочки-вульвит.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Составьте план диагностических исследований.
	-	План диагностических исследований предусматривает последовательное использование следующих методов- микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц с использованием липкой ленты по методике Грэхэма или соскобов с перианальных складок. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов и простейших.. Молекулярно-генетический метод диагностики-ПЦР кала на гельминты и простейшие. Кроме того необходимо назначить УЗИ органов брюшной полости. Консультация детского гинеколога.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	3	Составьте план лечения Энтеробиоза
	-	Рекомендовано проведение этиотропной антигельминтной терапии мебендазол детям старше 2х лет- однократно Албендазол однократно детям старше года. Пирантел детям старше 6 месяцев.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какой путь заражения
	-	Нарушение гигиенических мероприятий грязные руки в детских учреждениях игрушки.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план профилактических мероприятий энтеробиоза
	-	Больного изолируют в домашних условиях или условиях стационара в отдельный бокс или с детьми имеющими аналогичную патологию до полного клинического выздоровления. Больному рекомендуется соблюдение личной гигиены тщательное мытье рук после каждого посещения туалета. Коротко подстричь ребенку ногти. Частая смена белья. Стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей ребенка горячим утюгом. Воздержание от расчесывания зудящих мест. Обследование на энтеробиоз 2 раза в год детей посещающих детский сад детские ясли а также посещающих бассейн.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	44
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 1 мес 21 день доставлен в стационар. Анамнез жизни -Родился от 1 нормально протекавшей беременности.и срочных родов. Родился с массой тела 3600г. Длиной 52 см. К груди приложена на2 сутки . сосал активно. Прибавка в массе за 1 месяц жизни 700.0г. На первом месяце жизни срыгивал вначале понемногу а к месяцу появились рвоты. 1-2 раза в день створоженным молочком В последнюю неделю рвоты фонтаном-

		сразу после кормления и большим объемом чем съел ребенок Потерял в массе. Масса в1мес 21 день 3800. Объективно состояние ребенка тяжелое ребенок вялый периодически беспокоится Большой родничок выполнен 2см на2 см. Тургор тканей снижен. Подкожно жировой слой выражен слабо При осмотре наблюдалась рвота фонтаном. Со стороны сердца и легких. Без особенностей. Живот вздут мягкий в области эпигастрия видна усиленная перестальтика желудка в виде песочных часов. Мочеиспускания редкие. Стул скудный через день Мальчику проведено исследование кислотно основного состояния и электролитов в крови.. pH крови7.56 pO-74мм.рт. Pco 46мм.рт.ст. Hgb 96г на л. HCT-60% K плазмы 2.8мэкв/л. N плазмы 135 мэкв /л.
	1	Сформулируйте диагноз.
	-	Врожденный пилоростеноз Сопутствующие- Дистрофия по типу гипотрофии1 степени. Анемия легкой степени.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Каковы этиология и патогенез заболевания.
	-	Пилоростеноз клинически дебютирует в конце 2-й начале 3 недели жизни Часто врожденного характера Может быть связано с мультифакториальными причинами дефицитом иннервации- дизаганглиозом пилорического сфинктра незрелостью и дегенеративными изменениями нервных окончаний привратника с повышенным содержанием гастрина что приводит к перерождению гладкомышечных волокон пилорического сфинктра. Они резко утолщаются теряя характерные для сократительных структур и становятся стекловидными похожими на хрящевую ткань. Привратник утолщается удлиняется уплотняется его просвет резко суживается. На этот процесс нужно время. Поэтому клинический дебют заболевания происходит позже Семейный характер заболевания подтверждает наследственный фактор в формировании заболевания.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз.
	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с халазией

		кардии с опухолью желудка с пилороспазмом.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какие методы диагностики следует провести.
	-	В первую очередь ЭГДС или рентгеноконтрастное исследование желудка при тугом наполнении При проведении ЭГДС привратник не проходим для эндоскопа. При рентгеноконтрастном исследовании желудка пилорический канал также непроходим или нитевидно сужен или виден только его начальный отдел симптом клюва .Эвакуация бариевой смеси из желудка резко снижена или отсутствует вовсе. В диагностике можно использовать также УЗИ желудка и органов брюшной полости
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какое лечение требуется ребенку. Какой прогноз для жизни.
роЭ	-	Лечение при установленном диагнозе пилоростеноза- оперативно проводят пилоромиотомию по Фреде- Рамштедту. Перед операцией предоперационная подготовка инфузионная терапия с коррекцией метаболических нарушений В послеоперационном периоде постепенно дробно разрешается дробное кормление прибавкой по5 мл. через каждые 3 кормления. Результаты оперативного лечения хорошие рецидивов после операции и летальности нет .Прогноз для жизни благоприятный.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	45
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 15 лет обратился в поликлинику с жалобами на длительные приступообразные боли в живот в области эпигастрия иногда сверлящие с локализацией в левое подреберье с иррадиацией в спину или носящие опоясывающий характер. Длительностью до1-2 часов Часто ощущает вздутие живота и урчание в животе .Проходят после приема но-шпы и баралгина .

		Болен около 3х лет У гастроэнтеролога на учете не состоит. Из анамнеза известно что анамнез по гастроэнтерологическим заболеваниям отягощен. У деда по материнской линии язвенная болезнь и хронический панкреатит. У матери мальчика эрозивный гастрит. Мальчик простудными заболеваниями болеет не часто. Из инфекций в- 5 лет перенес инфекционный паратит. Режим и диету не соблюдает . Любит посещать Мак- Дональдс любит острую пищу Иногда после погрешностей в диете бывают ночные боли Стул часто неустойчивый кашицеобразный блестящий иногда плохо смываемый из унитаза иногда бывают рвоты не приносящие облегчение болевого синдрома. В копрограмме - стул не оформленный коричневого цвета мазевидный блестящий определяются мышечные волокна не измененные -2 и измененные жир нейтральный-2 жирные кислоты-2 крахмал внеклеточный 2 и внутриклеточный-2 иодофильная флора-1 растительная клетчатка3. . При объективном осмотре состояние средней тяжести Бледный Жалуется на боли в животе с иррадиацией в спину. Уром после приёма пищи была обильная рвота пищей. Температура-36 .9 АД- 110 на60 мм.рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. четкие. Живот доступен глубокой пальпации болезненный в области эпигастрия в пилородуоденальной области и в левом подреберьи Положительные пузырные симптомы Ортнера и Мерфи. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона.
	1	Сформулируйте предварительный основной и сопутствующий диагнозы
	-	Мальчику следует поставить основным диагнозом Хронический панкреатит в периоде обострения. Сопутствующие Хронический гастродуоденит. в периоде обострения. Дисфункция сфинктра Одди. Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Обоснуйте основной диагноз хронический панкреатит в периоде Обострения.
	-	На основании жалоб на характер болевого синдрома боли опоясывающие и с иррадиацией в спину сопровождаемые диспептическими явлениями: тошнота и рвота, не приносящая облегчение, вздутие, урчание в животе, неустойчивый характер Стула, а также учащенный до-4 раз стул , блестящий плохо

		смываемый из унитаза дают основание диагностировать хронический панкреатит .Возникновению хронического панкреатита способствовали неблагополучный семейный анамнез: перенесенный в5 лет инфекционный паратит, развившийся последующем в хронический гастродуоденит и несоблюдение режима и диеты.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените копрограмму
	-	В копрограмме умеренно выраженный гастритический синдром, синдром нарушенного желчеотделения, панкреатический синдром, представленный умеренной креатореей, стеатореей и амилореей.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Составьте план лечения.
	-	При обострении хронического панкреатита назначают при выраженном болевом синдроме и повторных рвотах - голод холод и покой. Зонд в желудок. Парентеральное питание на 2-3 дня. При стихании болевого синдрома и диспептических явлений питание энтеральное, лечебными смесями Нутриен-элименталь. Пептамен затем диету расширяют диетический стол по Певзнеру 5. Для снятия интоксикации инфузионная терапии Растворами реополигликина глюкозы - 5% альбумина. Купирование болевого приступа - баралгин платифилин но-шпа в возрастных дозировках. Для снижения кислотно - пептического фактораН-2 гистаминоблокаторы- фамотидин Антацидная терапия-маалокс. Ферменты –креон или панкреатин следует назначить в период расширенной диеты Сцелью устранения диспептических жалоб на тошноту и рвоту - назначают прокинетик-- мотилиум.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Составьте план дальнейшей диспансеризации.

	-	Диспансерное наблюдение осуществляется гастроэнтерологом поликлиники. Назначаются периодически данные обследования общие анализы кров мочи ФГДС копрограмма биохимический анфлиз крови, определением общей амилазы и панкреатической. Анализ мочи на диастазу, определение эластазы, УЗИ органов брюшной полости, определение эластазы 1 в кале.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	46
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Мальчик 1год 6 мес, страдает пищевой аллергией, съел лежащую на столе плитку шоколада. Через полчаса у него на коже появились волдыри, сопровождающееся сильным зудом. Мальчик стал беспокойным, поднялась температура до39.0 С. Появились боли в животе. Аллергологический анамнез отягощен. Мать ребенка страдает псориазом у отца –экзема у старшего брата атопический дерматит. Объективно: состояние средней тяжести. На коже лица, груди, живота, спины, рук, бедер уртикарные высыпания от бледно-розового до красного цвета. Различной формы и величины, окруженные зоной гиперемии. При аускультации в легких дыхание пуэрильное. При перкуссии над легкими звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены. Тоны сердца удовлетворительной звучности ритмичные. Тахикардия, пульс 140 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка на пальпируется. Диурез без особенностей, стул оформленный был накануне.
	1	Поставьте диагноз и обоснуйте
	-	Острая аллергическая реакция : крапивница. У ребенка с пищевой аллергией шоколад вызвал повышение содержание в крови классического IgE – опосредованную аллергическую реакцию немедленного типа.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

	-	Устранить аллерген (шоколад), провести энтеросорбцию, (зостерин или активированный уголь или энтеросгель). Сделать очистительную клизму, ввести внутримышечно антигистаминный препарат (фенистил по 10 кап 2 раза в сутки, или зиртек или внутримышечно тавегил 0,1 мл на год жизни).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Что применяется в тяжелых случаях при распространённой или гигантской форме крапивницы
	-	Показана госпитализация и к проводимой терапии добавить преднизолон1-2 мг. На кг. Массы внутримышечно.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Чем представлены морфологические изменения
	-	Морфологические изменения представлены отеком сосочкового слоя дермы с расширением капилляров и артериол, перевоскулярной лимфоцитарной инфильтрации.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие причины возникновения данных патологических состояний
	-	Причинами возникновения крапивницы могут являться помимо пищевых аллергенов лекарственные аллергены, укусы насекомых и др.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	47
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1

		родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка B(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Тактика ведения новорожденного.
	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы.
	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежезамороженной плазмы 2 : 1.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
	-	Вскармливание грудным молоком.

2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического стационара (перинатального центра).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	48
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени. Оценка по Апгар 7/9 баллов. Масса - 3870 г, рост – 52 см Состояние с рождения – удовлетворительное. К груди приложен в родильном зале. Выписка из родильного дома на 4-й день жизни На грудном вскармливании. МУМТ – 6%. Вакцинирован При выписке – пуповинный остаток сухой, в скобе. Рекомендации – советы по уходу и вскармливанию, пуповинный остаток не обрабатывать, в день отпадения пуповинного остатка не купать. 6-й день жизни – отпадение пуповинного остатка, ранка обработана участковой медсестрой: перекись водорода- сухо – спирт 8-й день жизни – признаков воспаления нет, из ранки постоянное прозрачное скудное отделяемое, обработка медсестрой 9-й день жизни – без динамики. 10 день жизни – консультация детского хирурга, Диагноз - Полный свищ пупка исключен 11 день – признаки воспаления вокруг пупочной ранки – неяркая гиперемия, незначительный отек., отделяемое прозрачное в небольшом количестве – в условиях детской поликлиники начато лечение. Проведено лечение: H2O2 сухой стерильный шарик - высушить порошок Банеоцин – тонкий слой под стерильной салфеткой, Обработка 2-х кратная в течение суток Местно: – УФО N3 12 день - признаки воспаления значительно уменьшились 14 день – исчезло отделяемое пупочной ранки Эпителизация на фоне проводимого лечения – на 3 месяце

		жизни
	1	Диагноз?
	-	Неполный свищ пупка.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Требуется ли проведение лечения?
	-	Да, с учетом наличия аномалии развития и состояния ребенка – комбинация антисептических средств и местных антибиотиков, в течение длительного времени. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз??
	-	Катаральный омфалит; фунгус пупка; полные свищи пупка; дефицит XIII фактора (фибринстабилизирующего) – как следствие, длительное заживление пупочной ранки.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы, поддерживающие воспалительный процесс?
	-	золотистый стафилококк (*S. aureus*)
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
	-	Флегмонозная форма омфалита, некротическая форма омфалита, пемфигус новорожденных, пупочный сепсис,

		некротическая флегмона новорожденных.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	-	49
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Новорожденный мальчик от матери с отягощенным соматическим анамнезом (подковообразная почка, ПН0, трикуспидальная регургитация 1 ст, хронический гастрит, хронический тонзиллит), от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 21/22 неделе, лейкоцитурия, бактериурия в 35 недель, кандидозный кольпит, от 2 срочных родов на сроке гестации 37 недель через естественные родовые пути. 1 период 6 часов 25 мин, 2 период 20 мин, слабость потуг, начавшаяся гипоксия плода, вакуум-экстракция плода. Безводный промежуток 4 часа 35 мин, воды светлые. При рождении крик средней силы, прерывистый, мышечный тонус снижен, дыхание регулярное, ЧСС 110 уд в мин. Через 30мин было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и мечевидного отростка, стонет, частота дыхания до 70 в 1 минуту. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было.
	1	Оцените ребенка по шкале Сильверман
	-	Оценка по шкале Сильверман 8 баллов.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Предполагаемый диагноз
	-	Учитывая клинические признаки дыхательной недостаточности с оценкой по шкале Сильверман 8 баллов, у

		ребенка имеет место респираторный дистресс-синдром тяжелой степени, который может быть обусловлен врожденной пневмонией, болевым синдромом с развитием РДС взрослого типа
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Какие мероприятия необходимо провести. Объем первичного обследования
	-	Учитывая тяжесть РДС необходимо провести интубацию трахеи, начать аппаратную ИВЛ с подбором параметров для обеспечения адекватного газообмена при минимально агрессивных параметрах вентиляции. Коррекцию параметров необходимо проводить под контролем газового состава крови. Обеспечить тепловой комфорт. Обеспечить венозный доступ. Начать базовую инфузионную терапию, стартовую антибактериальную терапию. Взять кровь на клинический анализ, сахар крови, СРБ, КОС. Обеспечить мониторинг ЧСС, сатурации, АД. При наличии выраженного болевого синдрома – обезболить. При наличии артериальной гипотензии – начать мероприятия по стабилизации гемодинамики. Провести рентгенографию легких. Провести нейросонографию и УЗИ костей черепа.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Каким образом необходимо синхронизировать ребенка с аппаратом ИВЛ
	-	Рутинная медикаментозная седация с целью синхронизации с аппаратом ИВЛ не применяется. Синхронизация с аппаратом ИВЛ достигается подбором параметров ИВЛ для обеспечения адекватной минутной вентиляции легких
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте стартовую антибактериальную терапию
	-	Стартовая антибактериальная терапия начинается ампициллином в дозе 100 мг/кг/сут. При необходимости усилить антибактериальную терапию к ампициллину добавляется аминогликозид, например гентамицин в дозе 4 мг/кг/24 ч у

		доношенного ребенка, или амикацин 15 мг/кг/24ч у доношенного ребенка
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

	-	50
	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
	-	Девочка 12 мес. Поступила в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры до 38,9., насморк, вялость, недомогание, снижение аппетита, рвоту до 7 раз в сутки, жидкий стул до 15 раз в сутки. Анамнез: больна в течение последних трех дней, начало заболевания острое, с повышением температуры тела насморка. Обратились к участковому педиатру, было назначено лечение – нурофен, виферон в свечах, капли в нос. На следующий день появились водянистый стул и рвота., в связи с чем госпитализирована в стационар. Девочка с 1 месяца на искусственном вскармливании. Прикормы вводились с 4,5 мес. , ела хорошо, но в массе прибавляла неравномерно. В настоящее время получает пищу с общего стола. Объективно: масса тела 8,5 кг., длина 71 см. (родилась с массой 3400гр, длина 52 см.). Девочка вялая, отказывается от еды, плохо пьет, на контакт реагирует плачем. Кожные покровы бледно-розового цвета, без сыпи, умеренной влажности. Тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, безболезненная. Носовое дыхание затруднено за счет слизисто-гнойного отделяемого. В ротоглотке умеренная гиперемия задней стенки глотки. Частота дыхания 30/мин. При аускультации дыхание пурильное, хрипов не слышно. Граница относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 138/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, болезненный, при пальпации в эпигастрии и околопупочной области. В приемном отделении наблюдалась повторная рвота и жидкий водянистый стул. Кожа вокруг ануса моцерирована. Стул жидкий, пенистый, водянистый без примеси крови. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочится часто. Общий анализ крови: эритроциты – 3800000 в литре, Hgb – 112гр/л., лейкоциты – 11000/л., палочкоядерных – 2%., сегментоядерных – 20%, эозинофилов – 3%, лимфоцитов – 50%, моноцитов – 10%, СОЭ – 19 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, прозрачность полная, pH- 6,0. Уд. Вес 1015, эпителий 0,1 в поле зрения, лейкоциты – 2-1 в поле зрения. Копрограмма : консистенция жидкая, цвет желтый, неоформленный. Лейкоцитов 0,1 в поле зрения. Детрит на +, нейтральный жир +++, бактериологическое исследование на кишечную группу отрицательное.

	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
	-	Острая кишечная инфекция, гастроэнтеретическая форма, средней степени тяжести(ротавирусная этиология?). На основании жалоб, повышения температуры, насморка, вялости, недомогания, снижения аппетита, появления жидкого стула 15 раз в сутки, повторных рвот, на основании анамнеза (острое начало заболевания) , объективных данных (синдром интоксикации,- повышение температуры до 38,4, вялости, недомогания, снижения аппетита; респираторно-катарального синдрома – носовое дыхание затруднено за счет слизисто-гнойного отделяемого, в ротоглотке умеренная гиперемия задней стенки глотки), болевой синдром – умеренно выраженные боли в животе с преимущественной локализации в околопупочной области; синдром вирусного гастроэнтерита – повторные рвоты, предшествующие диарее, жидкий, водянистый стул, а также лабораторных данных в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ до 19 мм/час. Копрограмма- стул водянистый, желтого цвета, без примесей.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	2	Оцените физическое развитие девочки
	-	Физическое развитие – рост низкий (3 – 10 перц.) , дефицит массы тела второй степени (3-10 перц.), развитие гармоничное в пределах 25-50 перц.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	3	Оцените копрограмму
	-	Стул жидкий, желтого цвета, патологических примесей нет, воспалительного синдрома нет. Есть синдром панкреатической недостаточности в виде нейтрального жира +++.
2	-	Дан правильный ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	4	Назовите вероятные причины и патогенез заболевания
	-	Наиболее частый возбудитель принадлежит к роду ротавирус. Свое название эти микроорганизмы получили из-за сходства с маленькими колесиками (от лат. слова колесо), что хорошо видно

		при электронной микроскопии. Ротавирусы проникают в эпителий тонкой кишки, причем преимущественно в эпителиоциты 12-перстной кишки и верхние отделы тощей кишки. Вирусная частица прикрепляется к рецепторам, расположенным только на зрелых дифференцированных клетках цилиндрического эпителия. Далее происходит внедрение и репликация вирусов в клетках эпителия. Процесс репликации вируса заканчивается гибель и слущиванием энтероцитов. Погибшие энтероциты замещаются высокодифференцированным кубическим эпителием. Функционально и структурно незрелых клетках имеется дефицит ферментов, и при ротавирусном гастроэнтерите это проявляется снижением уровня дисахаридаз, в первую очередь лактазы. Вторичная дисахаридазная недостаточность является пусковым моментом в формировании диарейного синдрома.
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно
	5	Назначьте лечебные и профилактические мероприятия
	-	Рекомендуется : дробное питание с увеличением кратности кормления и снижением объема пищи(до 50- 70 % от возрастной нормы).Назначается безлактозная смесь NAN, специфического лечения не существует, этиотропная противовирусная терапия не разработана, основные усилия должны быть направлены на восполнение потерь жидкости в организме и борьбу с интоксикацией. Инфузионная терапия: чередовать с питьем жидкости, сорбентов, смекты. Назначаются ферменты – крион 10000, при среднетяжелой форме противовирусная терапия – виферон(ректальные свечи).
2	-	Дан полный развернутый ответ
1	-	Ответ дан неполный
0	-	Ответ дан неверно

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Сердечно-легочная реанимация у детей : учебное пособие / Т. П. Мишина, В. М. Шайтор, В. А. Семкичев. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 56 с.
2. Педиатрия : национальное руководство: В 2 т. / ред. Г. Н. Буслаева. - : ГЭОТАР-Медиа : АСМОК, 2009. - (Национальные руководства). – Т. 1 / Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1017с., Т. 2 / О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксёнова [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1023 с.
3. Педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. А. А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427873.html
4. . Детские болезни Под ред. А.А.Баранова – М; ГЭОТАР – Мед. 2009 – 1008
5. .Детские болезни : учебник / Л. К. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова [и др.] ; ред. А.А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1006 + CDс. с.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

7. Детские болезни. Том 1. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122061.html

1. Детские болезни. Том 2. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122062.html

9.. Детское питание: Руководство для врачей/ Под ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М. МИА 2009 – 952с.

10. Запоры у детей: Руководство/И.Ю. Мельникова, В.П. Новикова – М:ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 144с.

11. Запоры у детей [Электронный ресурс] / Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412596.html

12. Запоры у детей [Электронный ресурс] : руководство / И. Ю. Мельникова, В. П. Новикова, Н. Б. Думова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432372.html

13. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей в двух книгах /Под ред. А.А.Баранова, Н.И. Володина, Г.А. Самсыгиной – М: Литтерра, 2007.

Кн.1 – 1163с.,
кн.2 – 1087с.

Дополнительная литература:

1.Аллергология : сборник / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) ; ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - 2-е изд., испр. и доп. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 249 с. - (Сер. : Клинические рекомендации).

2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология – М.ГЭОТАР-МЕД 2009.- 192с.

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

3. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. - М. ГЭОТАР МЕДИА 2007 – 230с.

Туберкулез у детей и подростков [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В.А. Аксеновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404027.html

4. Баранов А.А. Кучма Р.В., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. – М: ГЭОТАР-МЕД 2008. 432с.

5. Вегетативная дисфункция у детей и подростков/ Ред Л.В. Козлова – М: ГЭОТАР-МЕД 2008 – 96с. (Серия "Актуальные вопросы медицины")

6. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб, Нестор-история, 2009. 252с.

7. ВИЧ-инфекция у детей: учебное пособие/Э.Н.Симованьян(и др.) – Ростов Н/Д: Феникс, 2010- 221с. (Серия "Медицина")

8. Детская гастроэнтерология. Руководство/ Т.Г. Авдеева и др. М: - ГЭОТАР-МЕД 2009 – 192с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

9.Детская кардиология : из книги "Педиатрия по Рудольфу" / Д. Вернстайн ; К. Рудольф ; пер. А. Н. Охотин, В. А. Ананич ; ред. Дж. Хоффман. - 21-е изд. - М. : Практика, 2006, М. : Практика, 2006. - 543 с.

10. Детские болезни. Учебник/ Под ред. А.А.Баранова 2-е изд. Исп. И доп. М. ГЭОТАР-МЕД 2009- 1008с.

Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

11. Детское питание. Руководство для врачей/ ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М: Медицинское информационное агентство 2009. – 952с..

Детское питание : руководство для врачей / ред. В. А. Тутельян, И.Я. Конь. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 743 с.

12.Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации. /Союз педиатров России • Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. 2017. – 68 с. - http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bronhast.pdf

13. Козлова Л.В. Вегетативная дисфункция у детей и подростков. – М.:ГЭОТАР-МЕД,2008 – 96 с

14. Кузник Б.И. Общая гематология. Гематология детского возраста: учебное пособие / Б.И. Кузник, О.Г. Максимова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 573 с.

15.Кукес В.Г. Врачебные методы диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-720 с.

Врачебные методы диагностики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Кукес В.Г., Маринина В.Ф. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5970402621.html.

16.Курек В.В., Кулагина А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей. М-: МедЛит.2008. 464с

17. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. – М.: ГЭОТАР, 2010. – 4872.

Гигиена детей и подростков [Электронный ресурс] : учебник / Кучма В.Р. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434987.html

18. Лисс В.Л. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/Под ред. Н.П.Шабалова// В.Л.Лисс, Ю.Л.Скородок, Е.В. Плотникова и др. – СПб.: «Питер», 2009. – 380 с.

19. Лозовой В.В., Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики. – М., 2011. – 448 с.

20. Миалл Л., Рудольф М., Левен М. Наглядная педиатрия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 176 с.

21. Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В. Детская и подростковая андрология. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.

22. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 560 с.

Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409756.html

23. Мутафьян О.А. Детская кардиология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 504 с.

Детская кардиология: руководство [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411018.html

24. Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: Руководство для врачей/Под ред. Н.Л. Черная, В.В.Шилкин. – СПб.: СпецЛит, 2009.- 352 с.

25. Кардиология: Новейший справочник педиатра / Н.В. Орлова, Т.В. Парийская. - СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003, СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003. - 624 с.

26. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей/ А.А.Баранов, Р.В.Кучма, Л.М.Сухарева.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 432 с.

27. Павлова М.В. Туберкулез у подростков (клиническая картина, лечение): учебное пособие; Последипломное медицинское образование. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 24 с.

28. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных: монография. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.

29. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход. – ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 192 с.

Детская нефрология. Синдромный подход. [Электронный ресурс] / Петросян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410295.html

30.Поликлиническая педиатрия. Под ред. А.С.Калмыковой М: ГОЭТАР-МЕД 2009 - 720с.

Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.С. Калмыковой - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419540.html

31. Пропедевтика детских болезней/Под ред. Н.А.Геппе, Н.С.Подчерняева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 464 с.

Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

32. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 832 с.6 ил.

Детская урология [Электронный ресурс] / Пугачев А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409718.html

33. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: руководство для практических врачей в двух книгах/ред. А.А.Баранова, ред. Н.Н. Володин, ред. Г.А. Самсыгина. – М.: Литтера. – 2007 кн. 1. – 1163 с. – (Серия «Руководства для практикующих врачей»)

34. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Руководство дляпрактических врачей в двух книгах/ ред. А.А.Баранов, ред. Н.Н.Володин, ред. Г.А.Самсыгина. – М.: Литтерра. – 2007 кн. 2. – 1087 с. (Серия «Руководства для практических врачей»)

35. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания [Электронный ресурс] / руководство для практикующих врачей / под общ. ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 872 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия). I М. : Литтерра, . - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500849.html

36. Российский национальный педиатрический формуляр/Под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 912 с.

Российский национальный педиатрический формуляр [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970410875.html

37. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/под ред. А.А.Баранова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 608 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410189.html

38. Руководство по детской эндокринологии: Пер. с англ./Под ред. Г.Д. Брук, С. Браун.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 352 с.

39. Руководство участкового педиатра/Под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 352 с.

Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / Т. Г. Авдеева - - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440902.html

40. Скрипченко Н.В. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей. М.: «АМЛ». 2006. – 560 с.

41. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практикеохраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с. http://portalsga.ru/data/2444.pdf

42. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. Изд.2-е, испр. и доп. – СПб.: Элби. 2006 – 320 с.

43.Уварова Е.В. Тарусин Д.Е. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков (для врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, урологов-адрологов М: Триада –Х, 2009- 232с.

44. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2007. – 688 с.

45. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 224 с.

Угрожающие состояния в педиатрии : экстренная врачебная помощь [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430002.html

46. Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 160 с.

Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Библиотека врача-специалиста). - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434895.html

47. Шабалов Н.П. Педиатрия. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 895 с.

Педиатрия : учебник для мед. ВУЗов / ред. Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 959 с. : табл. - (Учебник для медицинских вузов).

48. Шабалов Н.П. неонатология: в 2-х томах. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. –
т.1 – 763 с.,
т.2 – 768 с.

Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html

Неонатология : учеб. пособие : в 2 т Т. 2.[Электронный ресурс]. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - - 736 с. - : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html

49. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. Неотложная педиатрия (Краткое руководство).- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 156 с.

50. Эндокринология. Национальное руководство + CD/Под ред. И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 1150 с.

Эндокринология : Национальное руководство / Н. А. Абрамова, А. А. Александров, Е. Н. Андреева [и др.] ; ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013, Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1064 с., [6] л. цв. ил. с. : ил. - (Национальные руководства).

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426883.html

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html

Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444962.html

51. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. -3-е изд. – СПБ: Питер, 2008. – 272 с.

52. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html

53.Неонатология : в 2 т. Т. 1 и т.2 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ;пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева. — М. : БИНОМ.Лаборатория знаний, 2015. — 708 с. - https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179

54. Новорожденный ребенок [Электронный ресурс] : руководство / А.Н. Гансбургский [и др.] ; под ред. Черной Н.Л., Шилкина В.В.. — Электрон. дан. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2009. — 352 с -https://e.lanbook.com/book/59866.

55. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html т

Методические рекомендации и пособия

1.Питание детей раннего возраста : учеб. пособие для врачей / Ф. П. Романюк ; Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. - 5-е изд., доп. и перераб. - СПб. : [Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова], 2015. - 66 с.

2.Александрова В.А. Хронические запоры и их лечение в детском возрасте. – СПб.: СПб МАПО, 2001 – 20 с.

3.Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра (методическое пособие, гриф УМО), СПб, 2008, 70 с.

4.Александрова В.А., Рябчук Ф.Н., Красновская М.А. Клинические лекции по педиатрии.- СПб.: Изд-во «ДИЛЯ», 2004. – 576 с.

5.Желтухи у новорожденных детей : пособие для врачей / И. В. Александрович, И. М. Шатилло. _ СПб.: СПбМАПО, 2010. - 40 с.

6.Пищевая непереносимость у детей : пособие для врачей / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк, Л. Н. Пройда ; СПбМАПО. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб., 2007. - 68 с.

7.Бельгов А.Ю. Соединительнотканные дисплазии сердечно-сосудистой системы. Учебное пособие для врачей. – СПб: СПбМАПО, 2007. 48 с.

8.Запоры у детей: Руководство/Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

9.Заболевания миокарда у детей : пособие для врачей / Е. А. Колмо, Н. В. Кузьмина ; СПбМАПО. - СПб., 2010. - 56 с.

10.Дисплазия соединительной ткани : Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. - 704 с.

11.Лоскучерявая Т.д., Медведев В.П., Чернова Л.А. Нарушения пищевого поведения у подростков. Учебное пособие. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. – 57 с.

12.Заболевания билиарного тракта у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение) : учебное пособие / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, И. В. Румянцева. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. - 94 с.
13.Пробиотики в практике педиатра (клинические примеры) / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 40 с.
14.Медицина здоровья. II. На перекрестке потоков информации : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. - 65 с.
15.Медицина здоровья. 1. Переходные состояния у детей : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 91 с.
16.Неотложная педиатрия : краткое руководство / В. М. Шайтор, И. Ю. Мельникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 160 с
Электронные ресурсы:
Портал Минздрава России по непрерывному образованию – http://eduminsdrav.ru
Регистр профессиональных стандартов- http://profstandart.rosmintrud.ru
Образовательный портал ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России-http://edu.szgmu.ru
Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU – http://elibrary.ru/project_orgs.asp
Федеральная медицинская электронная библиотека Минздрава России -www.femb.ru
Официальный сайт медицинской профессиональной некоммерческой организации (ассоциации) – http://gastro.ru
ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/ ЭМБ «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ЭБС «Издательство Лань» https://e.lanbook.com/ ЭБС «Букап» https://www.books-up.ru/ ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» http://www.bibliocomplectator.ru ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» https://ibooks.ru/
Библиотека СЗГМУ им. И.И.Мечникова http//libcat.czgmu.ru/

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

Миокардиты у детей раннего возраста : учебное пособие / И.Ю. Мельникова ; Каф. педиатрии и детской кардиологии. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015. - 32 с.

11. Материально-техническое обеспечение

Код специальности, направления подготовки	Наименование специальности, направления подготовки	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений* и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования инвалидами и лицами с ограниченным

					и возможностям и здоровья
31.08.19	Педиатрия	Производственная (клиническая) практика (стационар) базовая часть	Учебная аудитория (Помещение 408), ДГМКЦ высоких медицинских технологий им. К. А. Раухфуса, Лиговский пр.8, 4-й этаж, для проведения клинических разборов и промежуточной аттестации	Доска, стулья, стол преподавателя, мультимедийный комплекс	Частично приспособлено
			Учебная комната (4 отделение, ДГБ №2 Святой Марии Магдалины, 14-я линия ВО, д. 57, 3-й этаж) для проведения практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (ДГБ №1, ул. Авангардная, 14, отделение функциональной диагностики, 2-й этаж) для проведения практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебный зал, (СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», Земледельческая ул., д.2, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2», Гладкова д.4, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Практическая подготовка клинического ординатора направлена на глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных.

Учебная практика проводится во время обучения на основных клинических базах. Учебная практика начинается проведением семинарского занятия по направлению практики, заканчивается сдачей зачета.

К практике допускается клинический ординатор, прошедший профилактический медицинский осмотр, имеющий сертификат о прививках, знающий правила внутреннего

трудового распорядка, нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и правила пожарной безопасности;

Практическая работа клинического ординатора складывается из следующих видов деятельности:

1. ежедневная курация в условиях стационара пациенток с различной педиатрической патологией;
2. ведение медицинской документации (историй болезни, историй родов, амбулаторных карт, этапных и выписных эпикризов), под непосредственных контролем лечащего врача;
3. участие в клинических обходах, проводимых сотрудниками кафедры и врачебных консилиумах, подготовка и доклад курируемых больных;
4. участие в проведении диагностических исследований и лечебных манипуляций под непосредственным контролем лечащего врача;
5. участие в проведении внутриведомственного контроля, анализа эффективности и качества медицинской помощи.

В административном отношении ординаторы подчиняются руководству кафедры. Вместе с тем, при осуществлении функций помощника врача во время прохождения ординатуры молодые специалисты обладают правами и несут ответственность за свои действия наравне с врачами, работающими в отделении. Ординатор должен сообщать руководителю практики причину отсутствия на практике, а в случае болезни предоставлять медицинскую справку.

Ординатор обязан соблюдать медицинскую этику и деонтологию, выполнять принципы профессиональной этики, выстраивая взаимоотношения с медицинским персоналом, больными и их родственниками

Основным обязательным документом прохождения учебной практики является дневник. За время прохождения учебной практики клиническими ординаторами осваиваются обязательные практические навыки, что отражается в дневнике ординатора

Все разделы дневника, клинический ординатор подписывает у заведующего отделением или непосредственного руководителя практики медицинского учреждения куратора ординатуры.

Отчет должен содержать сведения о работе, проделанной на клинической базе, наиболее интересные клинические наблюдения. Отчет должен давать представление самостоятельности ординатора при выполнении той или иной работы. Обязательно указывается количество выполненных операций, манипуляций и процедур.

Результаты клинической практики ординатор защищает на зачете. Он проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования, тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

Экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и инновационной деятельности

_____/А.В. Силин/

«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.19.Педиатрия.
Форма обучения	ОЧНАЯ

Вид практики	Производственная клиническая
Тип практики	поликлиника
Способ проведения практики	ОБУЧАЮЩИЙ
Объем практики (в зач.единицах)	14
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	504

Санкт-Петербург - 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия,

утверждённого в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденные приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители рабочей программы*:**

Романюк Федор Петрович, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, профессор, д.м.н.

Мельникова Ирина Юрьевна, зав. кафедрой педиатрии и кардиологии, профессор, д.м.н.

Пирогова Зинаида Ивановна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

Сидорова Татьяна Александровна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

***Рецензент*:** Никитина И.Л., д.м.н., профессор, заведующая кафедры педиатрии Федерального центра им. В.А. Алмазова

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии
(наименование кафедры)

« 5 » июня 2017 г. Протокол № 7

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики 4

2. Задачи практики 4

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы 4

4. Формы проведения практики 5

5. Время и место проведения практики 5

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики 6

7. Структура и содержание практики 11

8. Формы отчетности и аттестации по практике 12

9. Фонд оценочных средств 13

9.1. Критерии оценки 13

9.2. Оценочные средства 14

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение 64

11. Материально-техническое обеспечение 74

12. Методические рекомендации по прохождению практики 75

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по педиатрии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-педиатра, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач в условиях поликлиники (педиатрического участка и профилактической работы в школьно-дошкольных учреждениях).

2. Задачи практики

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие способность и готовность:

- проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия);
- оценить данные клинического, лабораторного, рентгенологического и функционального инструментального обследования;
- постановить диагноз с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)
- назначить ребенку адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии
- к проведению диспансеризации детей и подростков, выбору рекомендации по оптимальному режиму в период реабилитации ребенка
- к проведению санитарной, противоэпидемической и профилактической работе в поликлинике

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГСО ВО по специальности 31.08.19 Педиатрия

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами:

- Педиатрия
- Патология
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педагогика
- Неонатололгия
- Диетология здорового и больного ребенка

- Подростковая медицина

4. Формы проведения практики

Практика проводиться дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий

.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе.
на клинических базах кафедр: СПб ГБУЗ «ТМО №111 детская городская поликлиника №77», СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2», СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 118»

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; - анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; - принципы наблюдения детей и подростков	обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний - собрать анамнез; провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса,	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп; -навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза.

				частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам	
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками, проведению санитарной, противоэпидемической и профилактической работе в поликлинике	основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; - основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях	анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи ; - проводить с детьми, подростками и их родителями профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятн	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп ; - методами физического самосовершенствования и самовоспитания

				ым факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания	
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистичесой классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского и женского населения; - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей, подростков; - современные методы клинической, лабораторной и инструмента	-проводить физикальное обследование здорового и больного ребенка, - анализировать результаты рентгенологического обследования детей и подростков; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах детей и подростков; -обосновать характер патологического процесса и его	-методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков ; -алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; -алгоритмом выполнения основных врачебных

			льной диагностики больных детей и подростков, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий ; -принципы и методы оказания первой медицинской и при неотложных состояниях у детей и подростков;	клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний	диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях. - навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования детей и подростков.
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи в условиях поликлиники	- классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств;	- обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного ребенка и подростка, анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность	- назначением лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных заболеваний и патологических процессов у детей и подростков в условиях поликлиники

			побочные эффекты .	их использования для терапевтического лечения детей и подростков ; - разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Клиническое обследование детей различного возраста в поликлинике, оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований	304	Проведение обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	Не менее 200
2	Назначение лечения (немедикаментозного и медикаментозного), оказание неотложной и экстренной медицинской помощи	30	Назначение лечения детям при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	Не менее 200
3	Обучение и консультирование пациентов по вопросам укрепления здоровья	50	Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не менее 100
4	Оформление учетно-отчетной медицинской документации	50	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 200

5	Анализ санитарной, противоэпидемической и профилактической работы в поликлинике	36	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	5
6	Организация взаимодействия с врачами-специалистами, со средним медицинским персоналом, с медицинскими и другими организациями, вовлеченными в процесс оказания медицинской помощи	34	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 100

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности по практике:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная аттестация в форме зачета

Промежуточная аттестация проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования, тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.

9. Фонд оценочных средств

9.1.Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы;

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения		корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2.Оценочные средства

Тематика контрольных вопросов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю педиатрия.
2. Правила организации деятельности кабинета врача педиатраэ
3. Оценка эффективности и качества работы врача педиатра в детской поликлинике.
4. Страховая медицина и педиатрия.
5. Организация диспансеризации детей. Задачи и принципы организации диспансеризации

.

6. Какой признак наиболее точно отражает гестационный возраст доношенного и недоношенного ребенка?
7. Причины интерстициального нефрита. Клинические и лабораторные признаки.
8. Галактоземия. Диагностика, клиника, лечение.
9. Методы диагностики туберкулеза.

10. Показания для антибиотикотерапии при остром бронхите, остром обструктивном бронхите.
11. Бронхообструктивный синдром. Механизмы, лежащие в основе обструкции. Заболевания, сопровождающиеся БОС.
12. Болевые точки и симптомы, выявляемые при патологии желчевыводящих системы.
13. Клинические проявления микозов (кандидоза). Показания для обследования.
14. Тубулопатии. Какие заболевания относятся к этому понятию.
15. Ранняя анемия доношенных и недоношены детей . Причины.
16. Облитерирующий бронхиолит. Причины. Клиника. Прогноз. Методы лечения.
17. Какие изменения наблюдаются в копрограмме при секреторной недостаточности поджелудочной железы?
18. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Причины. Ведущие симптомы. Тактика врача на догоспитальном этапе.
19. Острая пневмония. Классификация. Клиника. Методы диагностики.
20. Принципы лечения острой пневмонии. Показания к госпитализации.
21. Формы врожденной дисфункции коры надпочечников.
22. Что характерно для высыпаний при кори? С какого дня высыпания больной корью считается незаразным?
23. Какой из перечисленных заболеваний является основной причиной внутриутробной задержки роста: врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм, адреногенитальный синдром, диабетическая фетопатия?
24. Рахит. Классификация. Клиническая симптоматика. Современные методы диагностики.
25. Типичный признак острого лейкоза при исследовании крови.
26. Иерсиниозы у детей. Формы. Клинические признаки псевдотуберкулеза.
27. Синдром Альпорта. Клиническая картина.
28. Диагностически значимые критерии лимфогранулематоза.
29. Отек Квинке. Клинические проявления. Лечение.
30. Что такое «синдром мальабсорбции» ?
31. Острый бронхиолит. Причины, клинические особенности. Лечение.
32. Классификация желтух новорожденных.
33. Основные клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности.
34. Основные причины лечения хронического колита.

35. Основной клинический признак острой сосудистой недостаточности. Врачебная тактика.
36. Гестационный возраст недоношенного, доношенного и переношенного ребенка. Какие показатели шкалы Апгар свидетельствуют о благополучном состоянии новорожденного, а какие указывают на тяжелую асфиксию?
37. Болезнь Шенлейн-Геноха. Клиника. Лечение.
38. ВИЧ-инфекция. Пути заражения у детей.
39. Методы диагностики хронических бронхолегочных заболеваний.
40. Бронхиальная астма. Классификация. Диагностика.
41. Особенности диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста.
42. Бронхиальная астма. Лечение в зависимости от степени тяжести.
43. Гипогликемические судороги. Клиника. Лечение.
44. Дифференциальный диагноз гипогликемической и диабетической комы.
45. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется возникновением «ранних» болей в области живота сразу после приема пищи? Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется «поздними» и «голодными» болями в области живота?
46. Какие особенности свойственны детям с диабетической фетопатией? Чем отличается диабетическая фетопатия от неонатального диабета?
47. Клинические особенности аденовирусной инфекции.
48. Особенности язвенной болезни у детей. Возможные осложнения при язвенной болезни.
49. Диагностика первичных иммунодефицитных состояний.
50. До какого возраста сохраняются безусловные рефлексы Моро и сосательный? В каком возрасте ребенок удерживает голову лежа на животе и в вертикальном положении?
51. Особенности течения коклюша у привитых детей.
52. Мононуклеоз. Клиника. Диагностические критерии. Лечение.
53. О чем свидетельствуют появление в копрограмме большого количества нейтрального жира и жирных кислот?
54. Болевые точки, зоны и симптомы, выявляемые при патологии кишечника и при панкреатите.
55. Клинические варианты системных микозов у детей.
56. Дифтерия. Какая локализация дифтерии у детей является наиболее частой?
57. Обморок. Неотложная помощь.

58. Проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного у детей старшего возраста.
59. Скарлатина. Клинические проявления. Терапия.
60. Клинические различия гепатитов А, В, С.
61. Внутриутробные инфекции. Методы диагностики.
62. Лямблиоз. Лечение лямблиоза кишечника.
63. Характерные клинические признаки инородного тела бронха.
64. Показания для генетического консультирования. На основании каких симптомов можно предполагать хромосомные аномалии?
65. Характерные клинические признаки болезни де Тони-Дебре-Фанкони. Сроки манифестации заболевания. Лечение.
66. Антипиретическая терапия в амбулаторных условиях.
67. Основные диагностические критерии хронического гастродуоденита.
68. Коклюш. Клинические проявления, продолжительность спастического периода. Диагностика. Лечение.
69. Какое системное заболевание соединительной ткани чаще всего сопровождается нефритом?
70. Вскармливание детей первого года жизни. Сроки введения прикормов.
71. «Ранняя» и «поздняя» анемии недоношенных детей. Причины. Терапия.
72. Ателектаз. Диагностика. Ателектаз каких сегментов диагностировать труднее.
73. Клинические проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни. Причины.
74. Что значит доминантный и рецессивный типы наследования?
75. Лечение и профилактика рахита у доношенных и недоношенных детей.
76. Отличительные признаки микоплазменной инфекции.
77. Характерные признаки гемолитических желтух новорожденных. Тактика ведения детей с «затяжными желтухами». Может ли гемолитическая болезнь новорожденных появиться в возрасте 2-3х недель?
78. Клинические признаки гипотиреоза независимо от его формы и времени возникновения.
79. Диагностические критерии целиакии. Принципы лечения.
80. Что обозначает термин «часто болеющие дети»? Реабилитационные мероприятия.
81. Дисахаридазная недостаточность. Наиболее частая форма дисахаридазной недостаточности. Критерии диагностики.
82. Неонатальный скрининг. На какие заболевания проводится исследование?

83. Пограничные состояния новорожденных.
84. Формы гломерулонефрита. Что характерно для нефритического варианта гломерулонефрита?
85. Какая концентрация билирубина сыворотки крови у новорожденного доношенного ребенка создает угрозу развития билирубиновой энцефалопатии? Тактика ведения пациента.
86. Какие лабораторные данные дают основание для установления диагноза сахарного диабета?
87. Причины срыгиваний и рвот у детей грудного возраста.
88. При каких перечисленных патологических состояниях сниженный удельный вес мочи имеет диагностическое значение: хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, пиелонефрит, острый гломерулонефрит?
89. Какие заболевания могут протекать с клиникой рецидивирующего бронхита?
90. Пилороспазм и пилоростеноз. Дифференциальная диагностика.
91. Лабораторные признаки муковисцидоза. Основные методы лечения кишечной и смешанной форм муковисцидоза. Неонатальный скрининг.
92. Перечислите болевые зоны, точки, симптомы, выявляемые при УЗИ органов брюшной полости.
93. Как влияют гормоны щитовидной железы на обмен кальция в организме.
94. Наиболее достоверные признаки атрезии желчных ходов.
95. Клинические особенности гипоталамического ожирения. Какие причины вызывают развитие этого вида ожирения.
96. Основные направления лечения атопического дерматита
97. Аллергический ринит. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.
98. Показания для рентгенологического обследования при подозрении на острую пневмонию. В какие сроки Вы будете проводить рентгенологическое обследование
99. Какой клинический признак характерен для гипертонической формы дискинезиижелчевыводящих путей. Лечение дискинезии желчевыводящих путей.
100. Классы иммуноглобулинов. Какие классы иммуноглобулинов участвуют в первичном иммунном ответе. Какие иммуноглобулины проникают через плаценту.
101. Острый пиелонефрит. Основные клинические признаки пиелонефрита.
102. Анафилактический шок. Лечебная тактика.

Тестовые задания
Инструкция: выберите один правильный ответ
Правильный ответ выделен полужирным шрифтом.

Раздел аллергологии:

1.Что относится к антителам?
1. белки острой фазы
2. гликозаминогликаны
3. **иммуноглобулин А**
4. С реактивный белок

2.К иммунокомпетентным клеткам не относятся?
1. Т-лимфоциты
2. В лимфоциты
3. плазматические клетки
4. **эритроциты**

3.Плазматические клетки, непосредственно вырабатывающие антитела, образуются
1. **из В-лимфоцитов**
2. из нейтрофилов
3. из базофилов
4. из макрофагов

4.При аллергических процессах чаще всего изменяется уровень иммуноглобулинов
1. А
2. G
3. М
4. **Е**

.
5.К показателям гуморального иммунитета относятся
1. **иммуноглобулины А, М, G**
2. иммуноглобулины Е
3. реакция бласттрансформации лейкоцитов
4. реакция розеткообразования

6..
К показателям клеточного иммунитета относится определение

1. Ig-глобулинов сыворотки крови
2. иммуноглобулинов A, M, G
3. **реакция бласттрансформации лейкоцитов**
4. интерферона

7.
Количество Т-лимфоцитов в периферической крови в норме колеблется в пределах
1. 15-20% общего числа лимфоцитов
2. 90-100% общего числа лимфоцитов
3. **60-80% общего числа лимфоцитов**
4. 20-30 % общего числа лимфоцитов

8.
Количество В-лимфоцитов в периферической крови в норме составляет
1. 40-60% от общего числа лимфоцитов
2. **15-23% от общего числа лимфоцитов**
3. 60-100% от общего числа лимфоцитов
4. 1-5% от общего числа лимфоцитов

9.
Информация об антигене передается лимфоцитами
1. от тромбоцитов
2. **от макрофагов**
3. от плазматических клеток
4. от базофилов

.
10Дефицит клеточного иммунитета проявляется всем, кроме
1. частых заболеваний вирусной этиологии
2. отставания в физическом развитии
3. грибковых заболеваний
4. **частых заболеваний микробной этиологии**

.
11Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего проявляется
1. грибковыми заболеваниями
2. **частыми заболеваниями микробной этиологии**
3. частыми вирусными заболеваниями
4. врожденными пороками развития

12.
Когда после антигенной стимуляции формируется собственно иммунологический ответ (выработка антител)?
1. через 49-96 часов

2. через 2 суток
3. **на 5-7 день**
4. через 14 дней

13.
К факторам неспецифической защиты не относятся
1. фагоцитоз лизоцим
2. интерферон
3. **лимфоциты**
4. система комплемента

14.
К факторам специфической защиты относятся
1. система комплемента
2. простагландины
3. **антитела**
4. С реактивный белок

15.
К иммунодефицитным состояниям относятся
1. синдром Альпорта
2. **синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)**
3. синдром Марфана
4. синдром де Тони-Дебре-Фанкони

16.
На внутриутробную инфекцию новорожденных 5-дней указывает
1. лейкоцитоз 10000 в мм3
2. **увеличение Ig M**
3. лимфоцитоз 50%
4. снижение Ig G

.
17.Кора надпочечников не выделяет
1. **норадреналин**
2. гидрокортизон
3. андрогены
4. альдостерон

18.
Воспаление может быть обусловлено
1. отложением в тканях иммунных комплексов
2. патологической микрофлорой
3. отложением в тканях кристаллов уратов

4. травмой

19.
В воспалительной реакции в меньшей степени участвуют
1. макрофаги
2. моноциты
3. тучные клетки
4. **эритроциты**

20.
В развитии воспаления меньшее значение имеет
1. гистамин
2. гепарин
3. серотонин
4. простагландины

21.
Каков механизм истинной аллергической реакции кроме одного?
1. увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. **увеличенное выделение гистамина без выработки антител**

22.
Каков механизм псевдоаллергической реакции?
1. выработка антител к аллергену
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. **усиленная выработка (либерация) гистамина без выработки антител**

23.
Что наиболее значимо в диагностике аллергической реакции I типа?
1. эозинофилия
2. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
3. повышенное содержание гистамина в моче
4. **высокая концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови**

24.
Что характерно для псевдоаллергической реакции?
1. высокая концентрация иммуноглобулина Е в крови.
2. **повышенное содержание гистамина в крови и моче**.
3. эозинофилия
4. ложноположительные кожные аллергопробы

25.
К предрасполагающим факторам развития пищевой аллергии относятся
1. наследственная предрасположенность
2. снижение уровня секреторного иммуноглобулина А
3. патология органов желудочно-кишечного тракта
4. употребление продуктов, несоответствующих возрасту у предрасположенных к аллергии детей.

26.
Назовите наиболее аллергенную ягоду среди перечисленных
1. черника
2. **клубника**
3. слива
4. крыжовник

27.
Назовите наиболее аллергенный овощ
1. кабачки
2. огурцы
3. капуста белокочанная
4. **помидоры**

28.
Какой из перечисленных фруктов не рекомендуется при пищевой аллергии
1. яблоки зеленого цвета
2. груши зеленого цвета
3. **абрикосы**
4. сливы

29.
Какие препараты являются базисными при лечении пищевой аллергии?
1. эуфиллин
2. **задитен, налкром, зиртек**
3. стугерон
4. супрастин

30.
Какое специфическое исследование необходимо для диагностики пищевой аллергии?
1. кожные пробы с пищевыми аллергенами
2. определение уровня общего Ig E в сыворотке крови
3. определение специфических антител к пищевым аллергенам
4. реакция дегрануляции тучных клеток с пищевыми аллергенами

31.
Какой сок не рекомендуется при пищевой аллергии?

1. **морковный**
2. сливовый
3. черничный
4. яблочный

32
Какие кожные формы могут быть связаны с пищевой аллергией?

1. крапивница
2. токсидермия
3. атопический дерматит
4. отек Квинке

33.
Какой тип аллергической реакции наиболее характерен для пищевой аллергии?

1. **1 тип-реагиновый**
2. 2 тип цитотоксический
3. 3 тип-иммунокомплексный
4. 4 тип-реакция замедленного типа

34.
Какой пищевой продукт чаще вызывает респираторную форму пищевой аллергии?

1. **рыба**
2. зеленый горошек
3. тыква
4. кабачки

35.
Укажите наиболее характерные симптомы атопического дерматита

1. зуд кожи
2. полиморфизм высыпаний
3. возрастная стадийность клинических симптомов
4. сухость кожных покровов

36.
Укажите продукт, не обладающий выраженным либераторным эффектом

1. клубника
2. **молоко**
3. шоколад
4. яйца

37.
Какой продукт реже способствует развитию пищевой аллергии?

1. молоко
2. куриное яйцо
3. рыба
4. **хлеб**

38.
Понятие «пищевая аллергия» включает в себя

1. **аллергическую реакцию на пищевые продукты**
2. токсическое действие пищевых продуктов
3. непереносимость пищевых продуктов
4. либераторное действие пищевых продуктов

39.
Какие специальные исследования необходимы для установления гастроинтестинальной формы пищевой аллергии?

1. анализ кала на копрологию
2. определение содержания общего Ig E в сыворотке крови
3. определение уровня секреторного Ig A
4. **все перечисленные**

40.
Какие лекарственные препараты редко вызывают лекарственную аллергию?

1. **антигистаминные препараты**
2. сульфаниламидные препараты
3. жаропонижающие препараты и анальгетики
4. антибиотики

41.
Укажите характерные симптомы токсидермии (кроме одного)

1. пятнисто-папулезные высыпания с легким шелушением на поверхности
2. симптомы интоксикации (лихорадка, артралгии)
3. гепатоцитолиз
4. **поражение слизистых оболочек**

42.
Укажите наиболее часто встречающиеся клинические формы аллергодерматозов при лекарственной аллергии (кроме одной)

1. многоморфная экссудативная эритема
2. синдром Стивенса – Джонсана, синдром Лайела
3. **себорейный дерматит**

4. крапивница

43.
Какие характерные симптомы имеет многоморфная экссудативная эритема у детей?
1. высыпания в виде отечных эритематозных пятен
2. симптомы интоксикации
3. поражения слизистых оболочек
4. мышечные боли

44.
Укажите наиболее характерные симптомы крапивницы у детей (кроме одного)
1. зуд кожи
2. **наличие экзематозного и лихеноидного синдромов**
3. высыпания в виде пятен и волдырей
4. артралгии

45.
Какие клинические формы относятся к наиболее тяжелым формам аллергодерматозов (кроме одной)?
1. синдром Стивена – Джонсона
2. синдром Лайелла
3. многоморфная экссудативная эритема
4. **дерматит Дюринга**

46.
Какая форма бронхиальной астмы наиболее часто встречается у детей?

1. **атопическая**
2. неаллергическая
3. астма напряжения
4. аспириновая астма

47.
Какие аллергены являются частой причиной атопической бронхиальной астмы (кроме одного)?
1. пыльцевые
2. пищевые
3. **бактериальные**
4. эпидермальные

48.
Какие признаки относят к аспириновой бронхиальной астме?

1. полипозный риносинусит.
2. бронхоспазм
3. сухие свистящие хрипы
4. связь развития приступов с НПВС

49.
Какие аллергены являются причиной поллинозов?
1. **пыльцевые**
2. белковые
3. пищевые
4. эпидермальные

50.
Назовите основные клинические формы поллинозов (кроме одной)
1. **аллергический альвеолит**
2. роноконьюнктивальные формы
3. бронхиальная астма
4. крапивница

51.
Назовите висцеральные формы поллинозов
1. арахноэнцефалит
2. аллергический цистит, уретрит
3. гепатит
4. синдром Меньера

52.
Какие препараты применяются в приступном периоде бронхиальной астмы (кроме одного)?
1. β-2 симпатомиметики (сальбутамол, вентолин)
2. эуфиллин
3. глюкокортикостероиды
4. **супрастин**

53.
Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей в сыворотке крови
1. увеличение содержания Ig A
2. **повышение уровня общего Ig E и специфических Ig E**
3. увеличенное содержание простагландина F
4. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

54.
Какие исследования подтверждают эозинофиллию, обусловленную атопией?
1. анализ кала на яйца глистов
2. определение содержания гистамина в крови и моче
3. **определение уровня общего Ig E**
4. определение концентрации Ig M

55.
Психоэмоциональные факторы могут вызвать астму напряжения посредством
1. выброса адреналина
2. **гипервентиляции и раздражения ирритантных рецепторов**
3. активацией блуждающего нерва
4. выброс ацетилхолина

56.
К необходимым исследованиям для дифференциальной диагностики гастроинтестинальной формы пищевой аллергии и кишечной инфекции относятся все перечисленные, за исключением
1. анализа кала на копрологию
2. анализа кала на кишечную группу
3. определения содержания Ig E в периферической крови
4. **ректороманоскопии**

57.
К факторам риска развития бронхиальной астмы относятся все перечисленные, за исключением
1. искривления носовой перегородки
2. селективного иммунодефицита Ig A
3. наследственной предрасположенности
4. **гиперхолестеринемии**

58.
Какие препараты являются базисными при лечении аллергического ринита?
1. антиконгестанты
2. антигистаминные препараты
3. **кромоны**
4. антибрадикининовые препараты

59
Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы легкой степени тяжести (персистирующей)?
1. ксантины пролонгированные

2. задитен
3. **кромоны**
4. ингаляционные кортикостероиды

60.
Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы средней степени тяжести?
1. ксантины
2. антигистаминные препараты II поколения.
3. системные кортикостероиды
4. **кромоны, недокромил натрия**.

61.
Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы тяжелой степени тяжести?
1. кромоны
2. β-агонисты длительного действия
3. М-холинолитики
4. **ингаляционные кортикостероиды, комбинированные препараты (ИГКС+ β-агонисты длительного действия)**

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

62.
Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно
1. задержка психомоторного развития
2. длительно существующая желтуха новорожденных
3. сухость кожи
4. **диарея**

63.
Для больного сахарным диабетом не характерно
1. жажда
2. учащенное мочеиспускание
3. похудание
4. **отеки**

64.
При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома не характерно
1. вялость
2. мышечная гипотония
3. **запоры**
4. срыгивания и рвоты

65.
У больных с врожденным первичным гипотиреозом наблюдается
1. брадикардия
2. повышение уровня ТТГ
3. снижение уровня Т3, Т4
4. гипохолестеринемия

66.
Для больного сахарным диабетом не характерно
1. жажда
2. полиурия
3. **<u>экзофтальм</u>**
4. расчесы на коже

67.
При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерны
1. гипонатриемия
2. гиперкалиемия
3. высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
4. алкалоз

68.
При врожденном не леченном первичном гипотиреозе не наблюдается
1. **<u>полиурия</u>**
2. пастозность тканей
3. крупный язык
4. сухость кожи
5.

69.
Неотложными мероприятиями при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома являются
1. введение внутримышечное гидрокортизона каждые 6-8 часов
2. введение физиологического раствора внутривенно капельно
3. введение ДОКСа внутримышечно 1-2 раза в сутки
4. введение 5% раствора глюкозы внутривенно

70.
При сахарном диабете 1 типа, диабетической гипогликемической коме не следует
1. вводить 40% раствор глюкозы
2. вводить подкожно 0,5-1,0 мл адреналина
3. накормить больного после выхода из комы
4. **<u>вводить инсулин</u>**

71.
Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечается дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень – 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз.
1. сахарный диабет
2. несахарный диабет
3. **диабетическая кетоацидотическая кома**
4. менингит

72.
У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение 111 степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление – 140/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз.
1. конституционально-экзогенное ожирение
2. **гипоталамический синдром с нарушениями жирового обмена**
3. церебральное ожирение
4. юношеский диспитуитаризм

73.
При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается все перечисленное, кроме:
1. гиперхолестеринемии
2. задержки дифференцировки костей скелета
3. остеопороза
4. **полиурии**

74.
Для подтверждение диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме
1. **гипербилирубинемии**
2. гипергликемии
3. глюкозурии
4. наличия ацетона в моче

75.
К признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидотическая кома», относятся все перечисленные, кроме
1. бессознательного состояния
2. шумного Куссмаулевского дыхания
3. сухой кожи
4. **обилия хрипов в легких**

76.
Девочка 10 лет. Ожирение 11 степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз.

1. **конституционально-экзогенное ожирение**
2. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
3. церебральное ожирение
4. синдром Лоуренса-Муна-Бидля

77.
При гипотиреозе педиатр должен

1. назначить самостоятельно лечение
2. **направить больного на консультацию к эндокринологу**
3. назначить диетотерапию
4. назначить повторный осмотр через полгода

78.
Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие

1. увеличение СОЭ
2. гиперкалиемии
3. низкого удельного веса мочи
4. **гипергликемии**
5.

79.
При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме

1. гиперпигментации кожи
2. **желтушности кожи**
3. похудания
4. общей слабости

80.
При диабетической кетоацидозной коме обычно не наблюдаются

1. боли в животе
2. потеря сознания
3. запах ацетона
4. **судороги**

81.
Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) не характерно

1. **повышение сахара в крови**
2. полиурия
3. артериальная гипертензия

4. мышечная слабость

82.
У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы 111 степени. Кожа влажная, горячая. Экзофтальм. Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия. Артериальное давление – 140/60 мм рт ст. Установлен диагноз – «диффузный токсический зоб 111 степени, тяжелая форма».
1. <u>диагноз верен</u>
2. диагноз не верен
3. необходимо исключить опухоль мозга
4. необходимо исключить ревматизм

83.
При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все признаки, кроме
1. снижения аппетита
2. <u>повышения артериального давления</u>
3. снижения артериального давления
4. сочетание этой болезни с туберкулезом

.
84.Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать все признаки кроме
1. наличия глюкозурии
2. <u>лейкоцитоза</u>
3. наличия ацетонурии
4. наличия гипергликемии

85.
Для болезни Иценко-Кушинга не характерно
1. <u>артериальная гипотензия</u>
2. неравномерное отложение жира
3. стрии
4. остеопороз и задержка роста

86.
У девочки 3 лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак – 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Предварительный диагноз.
1. почечная глюкозурия
2. <u>инсулинозависимый сахарный диабет</u>
3. несахарный диабет
4. нарушение толерантности к углеводам

87.
Применение мерказолила, пропранола и преднизолона показано
1. **при диффузно-токсическом зобе 111 степени тяжелой формы**
2. при гипотиреозе
3. при эутиреоидном увеличении щитовидной железы 111 степени, вегетососудистой дистонии
4. при сахарном диабете

88.
При хронической первичной надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) не характерно
1. понижение артериального давления
2. сниженный уровень кортизола в крови
3. **сниженный уровень АКТГ в крови**
4. похудание

89.
У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз.
1. церебрально-гипофизарный нанизм
2. болезнь Дауна
3. **синдром Шерешевского-Тернера**
4. конституциональная задержка полового и физического развития

90.
Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить
1. дообследование
2. **срочную госпитализацию в эндокринологическое отделение**
3. внутривенное введение 5% раствора глюкозы
4. лечение на дому

91.
Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно все перечисленное, кроме
1. **повышение сахара в крови**
2. понижение калия в крови
3. артериальной гипертензии
4. мышечной слабости

РАННИЙ ВОЗРАСТ

92.
На сколько см увеличивается рост доношенного ребенка к 1 году?
1. **25-30 см**
2. 10-15 см
3. 15-20 см
4. 20-25 см

93.
В каком возрасте полностью закрывается большой родничок?
1. 5-6 мес.
2. 6-9 мес.
3. 9-12 мес.
4. **9-18 мес.**

94.
В каком возрасте у большинства детей появляются молочные зубы?
1. 1-2 мес.
2. 4-6 мес.
3. **5-9 мес.**
4. 8-12 мес.
.

95.
Во сколько раз увеличивает к 1 году свою массу доношен. ребенок?
1. в 1,5 раза
2. в 2 раза
3. в 2.5 раза
4. **в 3 раза**

96:
На сколько кг увеличивается масса недоношенного ребенка к 1 году?
1. на 4-6 кг
2. **на 6-7 кг**
3. на 8-10 кг
4. на 10 кг

97.
У какого ребенка большие темпы прибавки длины?
1. доношенного
2. **недоношенного**
3. одинаковые

4. доношенного с задержкой внутриутробного развития
.

98.
Какова нормальная концентрация общего кальция в крови у детей?
1. 1,7-1,9 ммоль/л
2. **2,2-2,8 ммоль/л**
3. 3,0-3,5 ммоль/л
4. 5-10,0 ммоль/л

99.
Какова нормальная концентрация фосфора в крови у детей?
1. 0,5-0,8 ммоль/л
2. **1,1-1,6 ммоль/л**
3. 1,6-3,0 ммоль/л
4. 3,0-5,0 ммоль/л

100.
Какие показатели кальция и фосфора крови характерны для вит.Д дефицитного рахита в стадии разгара?
1. **кальций - норма, фосфор - снижен**
2. кальций и фосфор - снижен
3. кальций снижен, фосфор - высокий
4. кальций повышен, фосфор - в норме

101.
Какие показатели крови характерны для спазмофилии?
1. кальций - норма, фосфор - снижен
2. **кальций и фосфор - снижены**
3. кальций - снижен, фосфор - высокий
4. кальций повышен, фосфор в норме

102.
Какие показатели крови характерны для первичного гипопаратиреоза?
1. кальций - норма, фосфор - снижен
2. кальций и фосфор - снижены
3. **кальций снижен, фосфор - высокий**
4. кальций повышен, фосфор - норма

103.:
Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе, следует считать
1. микросфероцитоз у ребенка
2. **обнаружение иммуных антител анти-А и анти-В в крови матери**

3. наличие у матери группы крови О, у ребенка – А (II) или В (III)
4. положительную прямую реакцию Кумбса

:

104.Каковы причины снижения кальция в сыворотке крови при рахите?

1. **вторичный гипопаратиреоидизм**
2. недостаток тиреокальцитонина
3. повышение окситоцина
4. гиподинамия

105.

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течении
4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать?

1. о сепсисе
2. **о гипотиреозе**
3. о АВО-гемолитической болезни
4. о пилоростенозе

106.

Какая система максимально поражается при рахите?

1. **костная**
2. пищеварительная
3. мочевыделительная
4. нервная

107.

Для каких заболеваний характерен синдром мышечной гипотонии?

1. рахит
2. гипотиреоз
3. **болезнь Верднига-Гоффмана**
4. атонически-астатическая форма ДЦП

108.

Что характерно для фосфат - диабета?

1. **гипофосфатемия**
2. гипокальциемия
3. гипокалиемия
4. гиперфосфатемия

109.
Чем характеризуется фосфат - диабет?
1. нарушениями в метаболизме вит.Д
2. снижением уровня паратгормона
3. **нарушением реабсорбции фосфатов в почечных канальцах**
4. снижением уровня тиреокальцитонина

110.
Гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе антигенов наблюдают
1. только у зрелых доношенных детей
2. только у детей от повторной беременности
3. у детей с группой крови О (I)
4. **чаще у детей с группой крови А (II) от матерей с О (I) группой крови**

111.
Какой вид деформации ног характерен для почечно-тубулярного ацидоза?
1. варусная
2. **вальгусная**
3. саблевидная
4. с рекурвацией суставов

112.
Какая деформация костей ног характерна для врожденного сифилиса?
1. варусная
2. вальгусная
3. **саблевидная**
4. с рекурвацией суставов

113.
Прямая гипербилирубинемия у новорожденного характерна
1. **для атрезии желчных путей**
2. для гемолитической болезни новорожденного
3. для коньюгационной желтухи типа Люцея
4. для микросфероцитарной анемии

114.
Какой метод профилактитки Д-дефицитного рахита используется в цивилизованных странах ?
1. **метод дробных доз**
2. метод фракционного воздействия
3. метод ударных доз
4. смешанный метод

115.
Какова профилактическая суточная доза вит.Д для доношенного ребенка?
1. 250 МЕ
2. **500 МЕ**
3. 750 МЕ
4. 1000 МЕ

116.
Какие лечебные дозы вит.Д используются при рахите?
1. в зависимости от степени рахита
2. **2-5 тыс. МЕ в сутки**
3. 5-10 тыс. МЕ в сутки
4. 10-20 тыс. МЕ в сутки

117.
Какие профилактические дозы вит.Д используются для недоношенных детей?
1. **500-2000 МЕ в сутки**
2. 200-400 МЕ в сутки
3. 400-500 МЕ в сутки
4. 2000-4000 МЕ в сутки

118.
Какие профилактические дозы вит.Д назначают детям, получающим фенобарбитал?
1. 200 МЕ
2. 500 МЕ
3. **1000 МЕ**
4. 2000 МЕ

119.
Какие нарушения электролитного обмена характерны для почечно-тубулярного ацидоза ?
1. кальция
2. хлора
3. **натрия**
4. калия

120
Из перечня заболеваний, сопровождающихся судорогами у новорожденных, следует исключить
1. внутричерепное кровоизлияние

2. гипогликемию
3. менингит
4. **Д-дефицитный рахит**

121.
Какие нарушения в физическом развитии характерны для детей с почечно-тубулярным ацидозом ?
1. ожирение
2. высокий рост
3. **отставание в росте**
4. нормальное физическое развитие

122.
Что характерно для почечно-тубулярного ацидоза?
1. **полиурия**
2. никтурия
3. олигурия
4. дизурия

123.
Какие средства используются в терапии почечно-тубулярного ацидоза?
1. **средства, уменьшающие метаболитич.ацидоз**
2. гормональные средства
3. цитостатики
4. антигистаминные средства

124.
Что характерно для болезни Де-Тони-Дебре-Фанкони ?
1. отставание в физическом развитии
2. отставание в психическом развитии
3. костные деформации
4. **периодические подъемы температуры без видимых причин**

126.
Какие изменения отмечаются в моче при болезни Де-Тони- Дебре-Фанкони ?
1. **глюкозурия**
2. гипераминоацидурия
3. фосфатурия
4. гипернатрийурия

127.
Каковы показатели красной крови при легкой степени анемии у ребенка 3-х лет?
1. **Г 110-91 г/л; Э 3,5-3*(10 в 12 ст.)**

2. Г 115-120 г/л; Э 4-4,2*(10 в 12 ст.)
3. Г 90-70 г/л; Э 3-2,5*(10 в 12 ст.)
4. Г ниже 70 г/л; Э ниже 2,5*(10 в 12 ст.)

128.
Каковы причины развития железодефицитной анемии у доношенных детей?
1. быстрые темпы роста
2. дефицит запасов железа
3. нарушение утилизации железа
4. дефицит железа в питании

129.
Одной из причин развития ранней анемии недоношенных является?
1. дефицит железа
2. **дефицит вит.Е**
3. дефицит марганца
4. дефицит вит.В12

130.
Не наблюдают у матери повторного рождения детей с признаками врожденного заболевания
1. краснухой
2. **токсоплазмозом**
3. цитомегалией
4. герпесом

131.
Что является показанием для парентерального введения железа при железодефицитной анемии ?
1. анемия недоношенного
2. **синдром нарушенного всасывания**
3. анемия у ребенка с пневмонией
4. хлороз

132.
Какие продукты ухудшают утилизацию железа?
1. **мучные**
2. овощи
3. соки
4. фрукты

133.

Какими расстройствами сопровождается хронический дефицит витамина А?
1. ксерофтальмией
2. **поражением кожи и слизистых**
3. задержкой умственного развития
4. частыми респираторными заболеваниями

134.
Какие нарушения кроме задержки психомоторного развития характерны для фенилкетонурии?
1. желудочное кровотечение
2. **экзема, дерматиты**
3. катаракта
4. выпадение прямой кишки

135.
Какими проявлениями характеризуется дефицит витамина B_1?
1. **поражением периферической нервной системы**
2. поражением костной системы
3. носовыми кровотечениями
4. поражением лимфоидной системы

136.
Дефицит какого витамина вызывает развитие пеллагры?
1. тиамина
2. рибофлавина
3. **никотиновой к-ты**
4. пиридоксина

137.
При дефиците какого вещества встречаются судороги?
1. **витамина В6**
2. аскарбиновой кислоты
3. витамина Е
4. меди

138.
Чем обусловлена акродермальная энтеропатия ?
1. дефицитом меди
2. **дефицитом цинка**
3. аллергическим процессом
4. дефицитом никотиновой кислоты

139.
Каким клиническим проявлением характеризуется метаболический ацидоз у детей раннего возраста?
1. **тахипное**
2. брадикардия
3. анемия
4. экзема

140.
При аутосомно-доминантном типе наследования заболевание проявляется:
1. **в гетерозиготном состоянии**
2. в гомозиготном состоянии
3. у мужчин
4. у женщин

141.
Каков тип наследования при муковисцидозе?
1. аутосомно-доминантный
2. **аутосомно-рецессивный**
3. доминантный сцепленный с Х-хромосомой
4. рецессивный сцепленный с Х-хромосомой

142.
Какое из перечисленных заболеваний имеют рецессивный тип наследования, сцепленный с Х-хромосомой?
1. фосфат-диабет
2. муковисцидоз
3. галактоземия
4. **гемофилия А**

143.
Каковы основные клинические проявления синдрома Шерешевского-Тернера в раннем возрасте?
1. частые инфекционные заболевания
2. **отставание в росте**
3. повышенная кровоточивость
4. судороги

144.
При каком заболевании встречается микроорхидизм?
1. синдроме Дауна
2. **синдроме Клайнфельтера**

3. синдроме Ди-Джорджа
4. синдроме Эллерса-Данлоса

145.
Трисомия по какой хромосоме характерна для болезни Дауна?
1. 15 хромосоме
2. **21 хромосоме**
3. 23 хромосоме
4. 11 хромосоме

146.
На какой хромосоме наиболее часто локализуется ген муковисцидоза?
1. **7 хромосома**
2. 11 хромосома
3. 21 хромосома
4. 5 хромосома

147.
Чем отличается синдром НУНАН от синдрома Шерешевского-Тернера?
1. **неизмененным кариотипом**
2. отсутствием нанизма
3. отсутствием крыловидной складки
4. задержкой в речевом развитии

148.
Непереносимость каких компонентов отмечается при целиакии?
1. **белков злаков**
2. углеводов злаков
3. клетчатки злаков
4. жиров злаков

149.
Какие продукты необходимо исключить при целиакии?
1. овощи
2. жирные продукты
3. продукты из кукурузы
4. **продукты из пшеницы, ржи, ячменя и овса**

150.
Какую молочную смесь можно рекомендовать использовать при лактазной недостаточности?
1. энфамил
2. малыш
3. семилак

4. **нутрисоя**

151.
В каких продуктах содержится лактоза ?
1. **молоке**
2. мясе
3. сое
4. орехах

152.
Одним их основных проявлений галактоземии является?
1. **катаракта**
2. микроцефалия
3. гипогонадизм
4. брахидактилия

153. В каком случае открытый артериальный поток считает аномалией у доношенных детей?
1. если функционирует более 1-2 дней
2. **если функционирует более 2 недель**
3. если функционирует более 1 недели
4. если функционирует более 2 часов

154.
Каковы нормальные цифры АД для ребенка 1 года?
1. **80/50 мм.рт.ст.**
2. 100/60 мм.рт.ст.
3. 120/60 мм.рт.ст.
4. 60/20 мм.рт.ст.

155.
Какие дефекты характерны для тетрады Фалло?
1. гипертрофия правого желудочка
2. дефект межжелудочковой перегородки
3. декстрапозиция аорты
4. стеноз легочной артерии

156.
Вирусы герпетической группы вызывают следующие заболевания, кроме
1. кератоконъюнктивита
2. афтозного стоматита
3. **герпангины**
4. цитомегалии

157.
Для каких пороков сердца характерна артериальная гипертония?
1. стеноз легочной артерии
2. **коартации аорты**
3. ДМЖП
4. открытый артериальный проток

158.
Для какого врождённого порока сердца характерны обмороки?
1. открытого артериального протока
2. стеноза аорта
3. ДМЖП
4. ДМПП

159.
В каком возрасте наиболее часто встречаются неревматические кардиты?
1. до 1 месяца
2. до 6 месяцев
3. 6мес.- 3 года
4. 3 - 6 лет

160.
Какие этилогические факторы являютя основной причиной неревматических кардитов?
1. стафилококк
2. стептокок
3. **энтеровирусы**
4. грипп

161.
Какой главный диагностический признак неревматических кардитов?
1. правожелудочковая недостаточность
2. **левожелудочковая недостаточность**
4. судороги

162.
Какой из перечисленных симптомов не типичен для гиалиновых мембран у новорожденных?
1. цианоз
2. одышка
3. **отсутствие дыхательной недостаточности**
4. ацидоз
5.

163.
Из какого расчета назначается доза насыщения дигоксина при неревматических кардитах у детей 1-го года жизни?
1. **0,03 мг/кг - 0,05 мг/кг**
2. 0,01 мг/кг - 0,03 мг/кг
3. 0,076 мг/кг
4. 0,1 мг/кг

164.
Что характерно для гипертрофической кардиопатии?
1. **гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки**
2. гипертрофия правого желудочка
3. гипертрофия правого предсердия
4. гипертрофия левого предсердия

165.
Наиболее характерным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является
1. микроцефалия
2. атрофия зрительного нерва
3. гепатомегалия
4. **обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM**

166.
Что характерно для левожелудочковой недостаточности?
1. **одышка**
2. увеличение печени
3. отеки на нижних конечностях
4. патологическая прибавка в весе

167.
Что характерно для правожелудочковой недостаточности?
1. одышка
2. **увеличение печени**
3. цианоз
4. тахикардия

168.
Какой из лабораторных показателей у новорожденного ребенка с большой достоверностью указывает на ВУИ?
1. **увеличение IgM**
2. увеличение IgG
3. лейкоцитоз – 20000 в мм3
4. нейтрофилез 80%

169.
Где выслушивается шум при коартации аорты?
1. на верхушке сердца
2. **<u>в межлопаточном пространстве</u>**
3. на основании сердца
4. в левой аксиллярной области

170.
Какой препарат уменьшает уровень непрямого билирубина сыворотки крови?
1. **<u>люминал (фенобарбитал)</u>**
2. магнезия
3. преднизолон
4. аскорбиновая кислота

171.
Гипертрофия какого отдела сердца наблюдается при открытом артериальном протоке?
1. **<u>гипертрофия левого желудочка</u>**
2. гипертрофия правого желудочка
3. гипертрофия межжелудочковой перегородки
4. гипертрофия правого предсердия

172.
Что является показанием к экстренной хирургической операции при открытом артериальном протоке?
1. недостаточность кровообращения, не купирующаяся медикаментозными средствами
2. прогрессирующая легочная гипертензия
3. **рецидивирующая пневмония**
4. стойкое отставание в физическом развитии

173.
К реактивным состояниям новорожденных относят перечисленные симптомы, кроме
1. физиологической эритемы
2. милии
3. **<u>мелены</u>**
4. вагинального кровотечения

174.
Множественные истинные пороки развития характерны
1. для энзимопатии

2. **<u>для эмбриопатии</u>**
3. для фетопатии
4. для патологии неонатального периода

.

175.
Какие лекарственные препараты используют для закрытия артериального протока?
1. дроперидол
2. обзидандол
3. **<u>индометацин</u>**
4. дигоксин

176.
Какие средства относятся к кардиотрофикам?
1. **<u>рибоксин</u>**
2. фурасемид
3. обзидан
4. клафоран

176.
Какие симптомы характерны для острого экссудативного перикардита?
1. **<u>глухие тоны сердца</u>**
2. наличие функционального систолического шума
3. на рентгенограмме тень сердца в виде «башмака»
4. на ЭКГ – гипертрофия левого желудочка

177.
Какие заболевания необходимо исключить при артериальной гипертонии у детей раннего возраста?
1. стеноз почечных артерий
2. коарктацию аорты
3. патологию почек
4. гипертрофию щитовидной железы

178.
Что характерно для синдрома Вольф-Паркинсон-Уайта ?
1. **<u>приступы тахикардии</u>**
2. приступы брадикардии
3. асистолия
4. сино-атриальная блокада

179.
Что является признаками внутрипредсердной блокады?
1. **увеличение продолжительности зубца Р**
2. увеличение амплитуды зубца Р
3. уширение комплекса QRS
4. удлинение интервала QT

180.
Что является признаком гипокалиемии на ЭКГ?
1. расширение комплекса QRS
2. увеличение Р в 1 отведении
3. **уплощение или инверсия зубца Т**
4. увеличение продолжительности зубца Р

181
Что характерно для гиперкалиемии на ЭКГ?
1. укорочение интервала QT
2. удлинение интервала PQ
3. **высокий зубец Т**
4. уплощение зубца Т

182.
Что характерно для синдрома удлинения интервала QT?
1. **синкопальные состояния**
2. боли в животе
3. гематурия
4. полиурия

183.
Что является признаками перегрузки правого предсердия?
1. низковольтажная ЭКГ
2. снижение Р в 1,2 отведениях
3. **высокий, острый Р во 2,3 отведениях**
4. удлинение ОТ

184.
Что является признаками гипокальциемии на ЭКГ?
1. отрицательный Т
2. **удлинение QT**
3. высокий Р в 1,2 отведениях
4. высокий Р в 2,3 отведениях

185.
Каковы нормальные показатели РН крови?
1. **7,35 - 7,45**

2. 7,25 - 7,35
3. 7,15 - 7,25
4. 7,45 - 7,55

ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ.

186.
В каком возрасте чаще встречается бронхиолит:
1. 0 - 1 мес.
2. 3 - 6 мес.
3. **0 - 2 года**
4. 6-7 лет

187.
Какие формы пневмонии чаще встречаются в грудном возрасте?
1. **очаговая**
2. сегментарная
3. крупозная
4. интерстициальная

188
Что является основным диагностическим критерием бронхиолита?
1. **дыхательная недостаточность**
2. интоксикация
3. локальная симптоматика
4. инспираторная одышка

189.
Достоверным признаком врожденной цитомегалии является
1. микрофтальм и хориоретинит
2. кальцификаты в веществе мозга
3. остеопороз
4. **обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе**

190.
Какие антибактериальные средства наиболее эффективны при пневмококковой этиологии пневмонии?
1. **пенициллины**
2. карбенициллин
3. гентамиццин
4. оксациллин

191.
Какие этиологические факторы вызывают интерстициальную пневмонию?
1. пневмококк
2. клебсиелла

3. **пневмоциста**
4. стрептококк

192.
Чем может осложниться очагово-сливная форма пневмонии?
1. ателектазом
2. **деструкцией**
3. туберкулезом
4. стридором

193.
Основная причина физиологической желтухи новорожденного?
1. гемолиз
2. **недостаточная глюкуронизация**
3. сгущение крови
4. холестаз

194.
Что является риском деструктивной пневмонии?
1. **очаговосливной инфильтрации на R-грамме**
2. выраженная дыхательная недостаточность
3. боль при дыхании
4. сегментарная инфильтрация

195.
Проявлением каких заболеваний может быть обструктивный бронхит?
1. **муковисцидоза**
2. целиакии
3. синдрома Альпорта
4. галактоземия

196.
Что характерно для бронхолегочной дисплазии?
1. **дыхательная недостаточность**
2. интоксикация
3. очаговая инфильтрация
4. боль при дыхании

197.
Какова основная этиологическая причина бронхиолита?
1. пневмококк

2**. респираторно-синтициальный вирус**
3. вирус гриппа
4. кишечная палочка

198.
Какие этиологические факторы вызывают односторонний (локальный) бронхит?
1. вирус респ. инфекции
2. **микоплазма**
3. вирус гриппа
4. эктеровирус

199.
Какие препараты обладают муколитическим действием?
1. тусупрекс
2. **бромгексин**
3. кодеин
4. эфедрин

200
В каком возрасте чаще бывает заглоточный абсцесс?
1. до 1 года
2. **до 3 лет**
3. до 6 лет
4. 6-10 лет

201.
В каком возрасте чаще встречается стенозирующий ларинготрахеит?
1. до 3 мес.
2. от 3-6 мес.
3. **от 6 мес. до 2 лет**
4. с 2 - 6 лет

202.
Что характерно для стенозирующего ларинготрахеита?
1. **инспараторная одышка**
2. экспираторная одышка
3. битональный кашель
4. смешанная одышка

203
При каком заболевании наблюдается периорбитальный отек?
1. аденоидите

2. гипертрофии аденоидов
3. **<u>этмоидите</u>**
4. гайморите

204.
Какова этиология острого стоматита у детей?
1. **<u>вирус простого герпеса</u>**
2. стафилококк
3. стрептококк
4. энтерококк

205.
Какие лекарственные препараты оказывают антигиперпетический эффект?
1. **<u>ацикловир</u>**
2. трихопол
3. атровент
4. силибор

206.
Что является показанием для аденотомии?
1. снижение слуха
2. расстройства речи
3. частые отиты
4. гипертрофия аденоидов III степени

207.
Что характерно для пилоростеноза?
1. метаболический ацидоз
2. **<u>метаболический алкалоз</u>**
3. гиперкалимия
4. гиперкальциемия

208.
Какое лечение используют при пилороспазме?
1. хирургическое лечение
2. **<u>спазмолитические средства</u>**
3. адреноблокаторы
4. биопрепараты

209.
Какие из перечисленных препаратов относятся к группе холинолитиков?

1. **платифилин**
2. папаверин
3. аминазин
4. но-шпа

210.
Какие исследования необходимо провести для подтверждения диафрагмальной грыжи?
1. рентгенограмма органов грудной клетки
2. **рентгенограмма органов грудной клетки с контрастированием пищевода и желудка**
3. колоноскопия
4. ректороманоскопия

211.
С какой патологией сочетается гематурический наследственный нефрит?
1. гепатомегалия
2. **глухота**
3. пороки сердца
4. страбизм

2 12.
Каков наиболее частый возбудитель инфекций мочевых путей?
1. пневмококк
2. **кишечная палочка**
3. кампилобактерии
4. вирус гриппа

213.
Что характерно для острого гломерулонефрита?
1. гематурия
2. гипертензия
3. отеки
4. повышение глобулинов в протеинограмме

214.
Что характерно для острого цистита?
1. **гематурия**
2. гипертензия
3. отеки
4. рвота

215.
Каковы причины интерстициального нефрита?
1. вирусная инфекция

2. пищевая и лекарственная аллергия
3. метаболические расстройства
4. лекарственное поражение

216.
Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием
1. охлаждения
2. недостаточного питания
3. **чрезмерной кислородотерапии**
4. гипоксии

217.
Какое из перечисленных веществ является незаменимым в питании ребенка?
1. **линолевая кислота**
2. глюкоза
3. крахмал
4. гликоген

218.
Какие мочегонные средства являются калийсберегающими?
1. фурасемид
2. урегид
3. **верошпирон**
4. гипотиазид

219.
Какой гормон наиболее значимо влияет на образование молока в грудной железе?
1. соматотропный гормон
2. **пролактин**
3. окситоцин
4. адренокортикотропный гормон

220.
Какой гормон обеспечивает выделение молока из молочной железы?
1. кальцитонин
2. пролактин
3. **окситоцин**
4. глюкагон

221.
. В первую очередь страдает при белковом голодании?
1. мышечная ткань
2. **кишечник**

3. эндокринная система
4. кожа

222. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается

1. у зрелого новорожденного
2. **недоношенного**
3. новорожденного с асфиксией
4. с пороком сердца

223.
Какой из симптомов не характерен для врожденного гипотиреоза?

1. макроглоссия
2. пролонгированная желтуха
3. наклонность к гипотермии
4. **преждевременное закрытие большого родничка**

224.
Какой класс антител, поступающий с грудным молоком матери наиболее значимый?
1. IG E
2. IG G
3. **SIG A**
4. IG M

225.
При каком патологическом состоянии нельзя проводить вакцинацию живой вакциной?
1. у часто болеющих детей
2. с неврологическими расстройствами
3. **иммунодефицитное состояние**
4. пищевая аллергия

226.
Какова частота кормления грудью на 1-м мес. жизни ребенка?
1. 5 раз
2. 8 раз
3. по требованию
4. 6 раз в сутки

227.
На каком месяце жизни вводится " тестирующий прикорм "?
1. в 3-мес.

2. в 3,5-4 мес.
3. **<u>в 4,5-5 мес.</u>**
4. в 5,5-6 мес. жизни

228.При каком варианте адреногенитального синдрома необходимо проводить неотложную терапию?

1. **<u>с потерей солей</u>**
2. без потери солей
3. с признаками ранней маскулинизации (у девочек)
4. с признаками преждевременного полового созревания (у мальчиков)

229.
При использовании какой вакцины встречаются такие осложнения, как холодный абсцесс, регионарные лимфадениты, келоидные рубцы?
1. вакцина кори
2. АКДС-вакцина
3. вакцина полиомиелита
4. **<u>вакцина БЦЖ</u>**

230.
При использовании какой вакцины встречаются такие осложнения, как инфильтрат абсцесс, гипертермия, интоксикация, энцефалические реакции, аллергические реакции?
1. вакцина БЦЖ
2. вакцина полиомиелита
3. **<u>АКДС-вакцина</u>**
4. вакцина кори

231.
Наличие приступа судорог в анамнезе является основанием для постоянного освобождения ребенка от какой вакцины?
1. АС-анатоксина
2. **<u>АКДС-вакцины</u>**
3. полиомиелитная вакцина
4. БЦЖ-вакцина

.

232.
Диагноз муковисцидоза подтверждает?

1. рентгенограмма грудной клетки
2. биопсия тонкого кишечника
3. проба с Д-ксилозой
4. определение электролитов пота

.

233.При каком заболевании признаки мужского пола у ребенка можно трактовать как фенокопию?

1. истинном гермафродитизме
2. болезни Шерешевского – Тернера
3. **<u>адреногенитальном синдроме</u>**
4. синдроме Клайнфельтера

234.
Супруги гетерозиготны по D (резус)-фактору. Какой вариант расчета резус-фактора возможен в случае однояйцевой двойни?

1. **<u>оба ребенка могут быть резус-положительными и гомозиготны по резус-фактору</u>**
2. один из близнецов резус-отрицательный, другой положителен и гомозиготен по резус-фактору
3. оба близнеца резус-положительны, один гомо-, другой гетерозиготен
4. оба резус-отрицательны, один гомо-, другой гетерозиготен

235.
У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Какой показатель наиболее важен для генетической консультации?

1. **<u>возраст матери</u>**
2. генотип отца
3. состояние здоровья матери
4. повышенный радиационный фон

236.
В каких случаях можно ожидать легкий вариант гемолитической болезни по резус-фактору?

1. отец ребенка гомозиготен по резус-фактору
2. **бабушка со стороны матери резус-положительна**
3. группа крови матери и ребенка совпадает
4. матери ребенка в детстве переливали кровь

237.
В какие сроки после введения вакцины АКДС возникают аллергические реакции?
1. в первые часы после вакцинации.
2. 1-3 дня
3. 4-6 дней
4. 7-8 дней

238.
В какие сроки после введения вакцины АКДС чаще всего развиваются токсические реакции?
1. **в первые 3 дня**
2. через 7 дн.
3. через 10 дн.
4. через 14 дн.

.239.
Какова продолжительность токсических реакций после введения вакцины АКДС?
1. **1-3 дня**
2. 4-6 дней
3. до 7 дней
4. до 10 дн.

240.
Какая группа заболеваний преобладает у детей?
1. хромосомные
2. генные (энзимопатии)
3. **болезни с наследственным предрасположением**
4. врожденные инфекции (токсоплазмоз, цитомегалия)

241.
Для какого заболевания специфичен синдром расщепления губы и мягкого неба?
1. синдрома Беквита – Видемана
2. трисомии G
3. синдрома Прадера – Вилли
4. **трисомии D (синдром Патау)**

242.
Какой ребенок считается недоношенным?
1. с 30-38 недели беременности
2. **<u>родившийся на 28-37 нед. беременности</u>**
3. родившийся на 38-41 нед. беременности
4. родившийся на 42 и более неделе

243.
Какие показатели являются критерием степени недоношенности?
1. масса тела
2. длина тела
3. окружность головы
4. **<u>гестационный возраст</u>**

244.
Для синдром Эдвардса (трисомия 18-хромосомы) характерен следующий симптом?
1. прогнатия
2. омфалоцеле
3. макросомия
4. **<u>атипичное положение пальцев рук</u>**

245.
Для синдрома портальной гипертензии характерно?
1. гипогликемия
2. изолированная гепатомегалия
3. одышка, цианоз
4. **<u>расширение вен пищевода, передней брюшной стенки</u>**

.
246. Внутрипеченочный холестаз развивается в результате угнетения ферментов (оксидаз)
1. стероидными гормонами
2. **<u>вирусами (при ОРВИ)</u>**
3. фенодарбиталом
4. сульфатом магнезии

247.
Белково-клеточная диссоциация в ликворе больного менингоэнцефалитом чаще имеет место в случае этиологии
1. цитомегаловирусной
2. энтеровирусной

3. **<u>токсоплазмозной</u>**
4. рубеолярной

248.
Ларингоспазм характерен
1. для бронхиальной астмы
2. для врожденного стридора
3. для гиперпаратиреоза
4. **<u>для коклюша</u>**

249.
Сколько недоношенные дети 1-й степени должны прибавить в массе за 1-й месяц жизни?
1. 180-200 г.
2. **<u>250-300 г.</u>**
3. 500-600 г.
4. 600-800 г.

250.
У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес. Вы считаете необходимым
1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
2. **<u>ограничиться наблюдением</u>**
3. сделать рентгенографию черепа
4. сразу назначить витамин Д до 5000 ЕД в сутки

251.
Карпопедальный спазм характерен
1. для дефицита железа
2. для гипофосфатемии
3. **<u>для гипокальциемии</u>**
4. для фебрильных судорог

252.
Какой из перечисленных препаратов при длительном применении инактивирует витамин Д и способствует развитию рахита?
1. **<u>фенобарбитал</u>**
2. бутадион
3. пиридоксаль-фосфат
4. полиоксидоний

253.
Роль витамина Д
1. увеличивает продукцию паратгормона

2. **способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта**
3. блокирует канальцевую реабсорбцию Са
4.повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

254.
Гипокальциемические судороги у недоношенных детей могут быть обусловлены
1. **недостаточной функцией паращитовидных желез**
2. пониженной способностью почек экскретировать фосфор
3. применением цитратной крови
4. семейной гипокальциурической гиперкальциемией

255.
В каких случаях не отмечается краниотабес?
1. при Д-дефицитном рахите
2. при Д-зависимом рахите
3. **болезни Пертеса**
4. у недоношенного и незрелого ребенка

256.
Какое осложнение не характерно для паротитной инфекции?
1. панкреатит
2. поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
3. энцефалит
4. **нефрит**

10.Учебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Сердечно-легочная реанимация у детей : учебное пособие / Т. П. Мишина, В. М. Шайтор, В. А. Семкичев. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 56 с.
2. Педиатрия : национальное руководство: В 2 т. / ред. Г. Н. Буслаева. - : ГЭОТАР-Медиа : АСМОК, 2009. - (Национальные руководства). – Т. 1 / Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1017с., Т. 2 / О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксёнова [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1023 с.
3. Педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. А. А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427873.html
4. . Детские болезни Под ред. А.А.Баранова – М; ГЭОТАР – Мед. 2009 – 1008
5. .Детские болезни : учебник / Л. К. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова [и др.] ; ред. А.А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1006 + CDс. с.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

7. Детские болезни. Том 1. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122061.html

8. Детские болезни. Том 2. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122062.html

9.. Детское питание: Руководство для врачей/ Под ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М. МИА 2009 – 952с.

10. Запоры у детей: Руководство/И.Ю. Мельникова, В.П. Новикова – М:ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 144с.

11. Запоры у детей [Электронный ресурс] / Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412596.html

12. Запоры у детей [Электронный ресурс] : руководство / И. Ю. Мельникова, В. П. Новикова, Н. Б. Думова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432372.html

13. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей в двух книгах /Под ред. А.А.Баранова, Н.И. Володина, Г.А. Самсыгиной – М: Литтерра, 2007. Кн.1 – 1163с., кн.2 – 1087с.
Дополнительная литература:
1.Аллергология : сборник / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) ; ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - 2-е изд., испр. и доп. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 249 с. - (Сер. : Клинические рекомендации).
2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология – М.ГЭОТАР-МЕД 2009.- 192с. Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html
3. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. - М. ГЭОТАР МЕДИА 2007 – 230с. Туберкулез у детей и подростков [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В.А. Аксеновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404027.html
4. Баранов А.А. Кучма Р.В., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. – М: ГЭОТАР-МЕД 2008. 432с.
5. Вегетативная дисфункция у детей и подростков/ Ред Л.В. Козлова – М: ГЭОТАР-МЕД 2008 – 96с. (Серия "Актуальные вопросы медицины")
6. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб, Нестор-история, 2009. 252с.
7. ВИЧ-инфекция у детей: учебное пособие/Э.Н.Симованьян(и др.) – Ростов Н/Д: Феникс, 2010- 221с. (Серия "Медицина")

8. Детская гастроэнтерология. Руководство/ Т.Г. Авдеева и др. М: - ГЭОТАР-МЕД 2009 – 192с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

9.Детская кардиология : из книги "Педиатрия по Рудольфу" / Д. Вернстайн ; К. Рудольф ; пер. А. Н. Охотин, В. А. Ананич ; ред. Дж. Хоффман. - 21-е изд. - М. : Практика, 2006, М. : Практика, 2006. - 543 с.

10. Детские болезни. Учебник/ Под ред. А.А.Баранова 2-е изд. Исп. И доп. М. ГЭОТАР-МЕД 2009- 1008с.

Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

11. Детское питание. Руководство для врачей/ ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М: Медицинское информационное агентство 2009. – 952с..

Детское питание : руководство для врачей / ред. В. А. Тутельян, И.Я. Конь. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 743 с.

12.Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации. /Союз педиатров России • Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. 2017. – 68 с. - http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bronhast.pdf

13. Козлова Л.В. Вегетативная дисфункция у детей и подростков. – М.:ГЭОТАР-МЕД,2008 – 96 с

14. Кузник Б.И. Общая гематология. Гематология детского возраста: учебное пособие / Б.И. Кузник, О.Г. Максимова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 573 с.

15.Кукес В.Г. Врачебные методы диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-720 с.

Врачебные методы диагностики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Кукес В.Г., Маринина В.Ф. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5970402621.html.

16.Курек В.В., Кулагина А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей. М-: МедЛит.2008. 464с

17. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. – М.: ГЭОТАР, 2010. – 4872. Гигиена детей и подростков [Электронный ресурс] : учебник / Кучма В.Р. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434987.html
18. Лисс В.Л. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/Под ред. Н.П.Шабалова// В.Л.Лисс, Ю.Л.Скородок, Е.В. Плотникова и др. – СПб.: «Питер», 2009. – 380 с.
19. Лозовой В.В., Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики. – М., 2011. – 448 с.
20. Миалл Л., Рудольф М., Левен М. Наглядная педиатрия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 176 с.
21. Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В. Детская и подростковая андрология. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.
22. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 560 с. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409756.html
23. Мутафьян О.А. Детская кардиология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 504 с. Детская кардиология: руководство [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411018.html
24. Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: Руководство для врачей/Под ред. Н.Л. Черная, В.В.Шилкин. – СПб.: СпецЛит, 2009.- 352 с.
25. Кардиология: Новейший справочник педиатра / Н.В. Орлова, Т.В. Парийская. - СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003, СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003. - 624 с.
26. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей/ А.А.Баранов, Р.В.Кучма, Л.М.Сухарева.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 432 с.
27. Павлова М.В. Туберкулез у подростков (клиническая картина, лечение): учебное пособие; Последипломное медицинское образование. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 24 с.

28. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных: монография. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.
29. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход. – ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 192 с. Детская нефрология. Синдромный подход. [Электронный ресурс] / Петросян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410295.html
30.Поликлиническая педиатрия. Под ред. А.С.Калмыковой М: ГОЭТАР-МЕД 2009 -720с. Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.С. Калмыковой - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419540.html
31. Пропедевтика детских болезней/Под ред. Н.А.Геппе, Н.С.Подчерняева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 464 с. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
32. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 832 с.6 ил. Детская урология [Электронный ресурс] / Пугачев А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409718.html
33. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: руководство для практических врачей в двух книгах/ред. А.А.Баранова, ред. Н.Н. Володин, ред. Г.А. Самсыгина. – М.: Литтера. – 2007 кн. 1. – 1163 с. – (Серия «Руководства для практикующих врачей»)
34. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Руководство дляпрактических врачей в двух книгах/ ред. А.А.Баранов, ред. Н.Н.Володин, ред. Г.А.Самсыгина. – М.: Литтерра. – 2007 кн. 2. – 1087 с. (Серия «Руководства для практических врачей»)

35. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания [Электронный ресурс] / руководство для практикующих врачей / под общ. ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 872 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия). I М. : Литтерра, . - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500849.html

36. Российский национальный педиатрический формуляр/Под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 912 с.

Российский национальный педиатрический формуляр [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970410875.html

37. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/под ред. А.А.Баранова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 608 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410189.html

38. Руководство по детской эндокринологии: Пер. с англ./Под ред. Г.Д. Брук, С. Браун.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 352 с.

39. Руководство участкового педиатра/Под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 352 с.

Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / Т. Г. Авдеева - - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440902.html

40. Скрипченко Н.В. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей. М.: «АМЛ». 2006. – 560 с.

41. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практикеохраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с. http://portalsga.ru/data/2444.pdf

42. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. Изд.2-е, испр. и доп. – СПб.: Элби. 2006 – 320 с.

43.Уварова Е.В. Тарусин Д.Е. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков (для врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, урологов-адрологов М: Триада –Х, 2009- 232с.

44. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2007. – 688 с.
45. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 224 с. Угрожающие состояния в педиатрии : экстренная врачебная помощь [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430002.html
46. Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 160 с. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Библиотека врача-специалиста). - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434895.html
47. Шабалов Н.П. Педиатрия. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 895 с. Педиатрия : учебник для мед. ВУЗов / ред. Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 959 с. : табл. - (Учебник для медицинских вузов).
48. Шабалов Н.П. неонатология: в 2-х томах. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – т.1 – 763 с., т.2 – 768 с. Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html Неонатология : учеб. пособие : в 2 т Т. 2.[Электронный ресурс]. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - - 736 с. - : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html
49. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. Неотложная педиатрия (Краткое руководство).- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 156 с.

50. Эндокринология. Национальное руководство + CD/Под ред. И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 1150 с.

Эндокринология : Национальное руководство / Н. А. Абрамова, А. А. Александров, Е. Н. Андреева [и др.] ; ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013, Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1064 с., [6] л. цв. ил. с. : ил. - (Национальные руководства).

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426883.html
Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html
Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444962.html

51. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. -3-е изд. – СПБ: Питер, 2008. – 272 с.

52. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html

53.Неонатология : в 2 т. Т. 1 и т.2 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ;пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева. — М. : БИНОМ.Лаборатория знаний, 2015. — 708 с. -https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179

54. Новорожденный ребенок [Электронный ресурс] : руководство / А.Н. Гансбургский [и др.] ; под ред. Черной Н.Л., Шилкина В.В.. — Электрон. дан. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2009. — 352 с - https://e.lanbook.com/book/59866.

55. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html т

Методические рекомендации и пособия

1.Питание детей раннего возраста : учеб. пособие для врачей / Ф. П. Романюк ; Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. - 5-е изд., доп. и перераб. - СПб. : [Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова], 2015. - 66 с.

2.Александрова В.А. Хронические запоры и их лечение в детском возрасте. – СПб.: СПб МАПО, 2001 – 20 с.
3.Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра (методическое пособие, гриф УМО), СПб, 2008, 70 с.
4.Александрова В.А., Рябчук Ф.Н., Красновская М.А. Клинические лекции по педиатрии.- СПб.: Изд-во «ДИЛЯ», 2004. – 576 с.
5.Желтухи у новорожденных детей : пособие для врачей / И. В. Александрович, И. М. Шатилло. _ СПб.: СПбМАПО, 2010. - 40 с.
6.Пищевая непереносимость у детей : пособие для врачей / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк, Л. Н. Пройда ; СПбМАПО. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб., 2007. - 68 с.
7.Бельгов А.Ю. Соединительнотканные дисплазии сердечно-сосудистой системы. Учебное пособие для врачей. – СПб: СПбМАПО, 2007. 48 с.
8.Запоры у детей: Руководство/Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.
9.Заболевания миокарда у детей : пособие для врачей / Е. А. Колмо, Н. В. Кузьмина ; СПбМАПО. - СПб., 2010. - 56 с.
10.Дисплазия соединительной ткани : Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. - 704 с.
11.Лоскучерявая Т.д., Медведев В.П., Чернова Л.А. Нарушения пищевого поведения у подростков. Учебное пособие. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. – 57 с.
12.Заболевания билиарного тракта у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение) : учебное пособие / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, И. В. Румянцева. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. - 94 с.
13.Пробиотики в практике педиатра (клинические примеры) / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 40 с.
14.Медицина здоровья. II. На перекрестке потоков информации : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. - 65 с.
15.Медицина здоровья. 1. Переходные состояния у детей : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 91 с.
16.Неотложная педиатрия : краткое руководство / В. М. Шайтор, И. Ю. Мельникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 160 с.
Электронные ресурсы:
Портал Минздрава России по непрерывному образованию – http://eduminsdrav.ru
Регистр профессиональных стандартов- http://profstandart.rosmintrud.ru

Образовательный портал ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России-http://edu.szgmu.ru
Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU – http://elibrary.ru/project_orgs.asp
Федеральная медицинская электронная библиотека Минздрава России - www.femb.ru
Официальный сайт медицинской профессиональной некоммерческой организации (ассоциации) – http://gastro.ru
ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/ ЭМБ «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ЭБС «Издательство Лань» https://e.lanbook.com/ ЭБС «Букап» https://www.books-up.ru/ ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» http://www.bibliocomplectator.ru ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» https://ibooks.ru/
Библиотека СЗГМУ им. И.И.Мечникова http//libcat.czgmu.ru/

11.Материально-техническое обеспечение

Код специальности, направления подготовки	Наименование специальности, направления подготовки	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений* и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья
31.08.19	Педиатрия	Поликлиника	Учебный зал (СПб ГБУЗ «ТМО №111 детская городская поликлиника №77, Ольховая	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

			д.2, 4 этаж»,		
			Учебный зал (СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 118, ул. Академика Байкова, д.27, 4 этаж»	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2», Гладкова д.4, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

12.Методические рекомендации по прохождению практики

Практическая подготовка клинического ординатора направлена на глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных.

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-детского кардиолога

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Обучающий симуляционный курс проводится преподавателями кафедры педиатрии и детской кардиологии путем решения ситуационных задач, в симуляционном классе кафедры и в аттестационно-обучающем симуляционном центре Университета - на манекенах.

Текущий контроль проводится в дискретные временные интервалы преподавателями кафедры и ответственным за подготовку ординаторов в следующих формах:

- контроль посещений;
- контроль объема выполненных манипуляций (по данным дневника).

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является зачет.

Результаты клинической практики в форме обучающего симуляционного курса ординатор защищает на зачете.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

Экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и инновационной деятельности

_____/А.В. Силин/

«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.0819. Педиатрия
Форма обучения	очная

Вид практики	производственная (клиническая)
Тип практики	вариативная
Способ проведения практики	стационарная
Объем практики (в зач.единицах)	6
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	216

Санкт-Петербург - 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия,

утверждённого в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденные приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители рабочей программы*:**
Романюк Федор Петрович, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, профессор, д.м.н.
Мельникова Ирина Юрьевна, зав. кафедрой педиатрии и кардиологии, профессор, д.м.н.
Пирогова Зинаида Ивановна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.
Сидорова Татьяна Александровна, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н.

***Рецензент*:** Никитина И.Л., д.м.н., профессор, заведующая кафедры педиатрии Федерального центра им. В.А. Алмазова

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии
(наименование кафедры)
« 5 » июня 2017 г. Протокол № 7

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики 4

2. Задачи практики 4

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы 4

4. Формы проведения практики 5

5. Время и место проведения практики 5

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики 6

7. Структура и содержание практики 10

8. Формы отчетности и аттестации по практике 12

9. Фонд оценочных средств 12

9.1. Критерии оценки 12

9.2. Оценочные средства 13

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение 29

11. Материально-техническое обеспечение 36

12. Методические рекомендации по прохождению практики 38

1. Цели практики

закрепление теоретических знаний по специальности «Педиатрия», развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-педиатра, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, углублённое изучение патологии в соответствии с индивидуальными интересами ординатора.

2. Задачи практики

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие способность и готовность:

- провести клиническое обследование ребенка разного возраста с заболеваниями внутренних органов
- оценить показатели физического развития, включая измерение массо-ростовых показателей, вычисления индексов физического развития
- оценить данные лабораторного, рентгенологического и инструментального, обследования ребенка;
- постановить диагноз с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)
- назначить ребенку адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным кардиологическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
- выполнить алгоритм основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях.
- проявить навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики
- эффективной командной работы
- анализа эффективности работы врача-педиатра в стационаре

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к вариативной части Блока 2 «Практики» ФГСО ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами:

- Педиатрия
- Патология
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педагогика
- Неонатололгия
- Диетология здорового и больного ребенка
- Подростковая медицина

4. Формы проведения практики

Практика проводиться дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе
в СПб ГБУЗ «Детская клиническая больница № 5», СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса», СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины, СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1», СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2».

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; - анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; - принципы наблюдения детей и подростков	обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний - собрать анамнез; провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп; -навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза.
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,	основы профилактической медицины, направленной на укрепление	анализировать и оценивать качество медицинской помощи,	- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп ;

		диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	здоровья детского населения и подростков; - основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях	состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи ; - проводить с детьми, подростками и их родителями профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания	- методами физического самосовершенствования и самовоспитания
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистичесой классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского и женского населения; -клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей, подростков;	-проводить физикальное обследование здорового и больного ребенка, -анализировать результаты рентгенологического обследования детей и подростков; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и	-методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков ; -алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки

			-современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий ; -принципы и методы оказания первой медицинской и при неотложных состояниях у детей и подростков;	системах детей и подростков; -обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний	развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; -алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях. - навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования детей и подростков.
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи	- классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные эффекты .	- обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного ребенка и подростка, анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения детей и подростков ; - разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить	- назначением лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных заболеваний и патологических процессов у детей и подростков

				лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	
5	ППК -8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов. - организацию и проведение реабилитационных мероприятий среди детей, подростков и взрослого населения . - механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению	-использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия	- использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;

6	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; -морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача	ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, особенно в отношении женщин и детей, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; -выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива.	навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики
7	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине.	пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности	навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; -базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Клиническое обследование детей различного возраста в стационаре, оценка результатов лабораторно-	116	Проведение обследования детей при различных заболеваниях заболеваниях и (или) с целью постановки диагноза	Не менее 100

	инструментальных исследований			
2	Назначение лечения (немедикаментозного и медикаментозного), оказание неотложной и экстренной медицинской помощи	25	Назначение лечения детям при различных заболеваниях и (или) состояниях, контроль его эффективности и безопасности	Не менее 100
3	Обучение и консультирование пациентов по вопросам укрепления здоровья	28	Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не менее 50
4	Оформление учетно-отчетной медицинской документации	20	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 100
5	Анализ деятельности отделения детского стационара	12	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	5
6	Организация взаимодействия с врачами-специалистами, со средним медицинским персоналом, с медицинскими и другими организациями, вовлеченными в процесс оказания медицинской помощи	35	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не менее 100

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности по практике:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная аттестация в форме зачета

Промежуточная аттестация проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования, тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	(варианты)	теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Тематика контрольных вопросов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю педиатрия.
2. Правила организации деятельности кабинета врача педиатраэ
3. Оценка эффективности и качества работы врача педиатра в детской поликлинике.
4. Страховая медицина и педиатрия.
5. Организация диспансеризации детей. Задачи и принципы организации диспансеризации
.
6. Какой признак наиболее точно отражает гестационный возраст доношенного и недоношенного ребенка?
7. Причины интерстициального нефрита. Клинические и лабораторные признаки.
8. Галактоземия. Диагностика, клиника, лечение.
9. Методы диагностики туберкулеза.
10. Показания для антибиотикотерапии при остром бронхите, остром обструктивном бронхите.
11. Бронхообструктивный синдром. Механизмы, лежащие в основе обструкции. Заболевания, сопровождающиеся БОС.
12. Болевые точки и симптомы, выявляемые при патологии желчевыводящих системы.
13. Клинические проявления микозов (кандидоза). Показания для обследования.
14. Тубулопатии. Какие заболевания относятся к этому понятию.
15. Ранняя анемия доношенных и недоношены детей . Причины.
16. Облитерирующий бронхиолит. Причины. Клиника. Прогноз. Методы лечения.
17. Какие изменения наблюдаются в копрограмме при секреторной недостаточности поджелудочной железы?
18. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Причины. Ведущие симптомы. Тактика врача на догоспитальном этапе.
19. Острая пневмония. Классификация. Клиника. Методы диагностики.
20. Принципы лечения острой пневмонии. Показания к госпитализации.
21. Формы врожденной дисфункции коры надпочечников.
22. Что характерно для высыпаний при кори? С какого дня высыпания больной корью считается незаразным?
23. Какой из перечисленных заболеваний является основной причиной внутриутробной задержки роста: врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм, адреногенитальный синдром, диабетическая фетопатия?
24. Рахит. Классификация. Клиническая симптоматика. Современные методы диагностики.
25. Типичный признак острого лейкоза при исследовании крови.

26. Иерсиниозы у детей. Формы. Клинические признаки псевдотуберкулеза.
27. Синдром Альпорта. Клиническая картина.
28. Диагностически значимые критерии лимфогранулематоза.
29. Отек Квинке. Клинические проявления. Лечение.
30. Что такое «синдром мальабсорбции» ?
31. Острый бронхиолит. Причины, клинические особенности. Лечение.
32. Классификация желтух новорожденных.
33. Основные клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности.
34. Основные причины лечения хронического колита.
35. Основной клинический признак острой сосудистой недостаточности. Врачебная тактика.
36. Гестационный возраст недоношенного, доношенного и переношенного ребенка. Какие показатели шкалы Апгар свидетельствуют о благополучном состоянии новорожденного, а какие указывают на тяжелую асфиксию?
37. Болезнь Шенлейн-Геноха. Клиника. Лечение.
38. ВИЧ-инфекция. Пути заражения у детей.
39. Методы диагностики хронических бронхолегочных заболеваний.
40. Бронхиальная астма. Классификация. Диагностика.
41. Особенности диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста.
42. Бронхиальная астма. Лечение в зависимости от степени тяжести.
43. Гипогликемические судороги. Клиника. Лечение.
44. Дифференциальный диагноз гипогликемической и диабетической комы.
45. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется возникновением «ранних» болей в области живота сразу после приема пищи? Какое заболевание желудочно-кишечного тракта характеризуется «поздними» и «голодными» болями в области живота?
46. Какие особенности свойственны детям с диабетической фетопатией? Чем отличается диабетическая фетопатия от неонатального диабета?
47. Клинические особенности аденовирусной инфекции.
48. Особенности язвенной болезни у детей. Возможные осложнения при язвенной болезни.
49. Диагностика первичных иммунодефицитных состояний.
50. До какого возраста сохраняются безусловные рефлексы Моро и сосательный? В каком возрасте ребенок удерживает голову лежа на животе и в вертикальном положении?
51. Особенности течения коклюша у привитых детей.
52. Мононуклеоз. Клиника. Диагностические критерии. Лечение.
53. О чем свидетельствуют появление в копрограмме большого количества нейтрального жира и жирных кислот?
54. Болевые точки, зоны и симптомы, выявляемые при патологии кишечника и при панкреатите.
55. Клинические варианты системных микозов у детей.
56. Дифтерия. Какая локализация дифтерии у детей является наиболее частой?
57. Обморок. Неотложная помощь.
58. Проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного у детей старшего возраста.
59. Скарлатина. Клинические проявления. Терапия.
60. Клинические различия гепатитов А, В, С.
61. Внутриутробные инфекции. Методы диагностики.

62. Лямблиоз. Лечение лямблиоза кишечника.
63. Характерные клинические признаки инородного тела бронха.
64. Показания для генетического консультирования. На основании каких симптомов можно предполагать хромосомные аномалии?
65. Характерные клинические признаки болезни де Тони-Дебре-Фанкони. Сроки манифестации заболевания. Лечение.
66. Антипиретическая терапия в амбулаторных условиях.
67. Основные диагностические критерии хронического гастродуоденита.
68. Коклюш. Клинические проявления, продолжительность спастического периода. Диагностика. Лечение.
69. Какое системное заболевание соединительной ткани чаще всего сопровождается нефритом?
70. Вскармливание детей первого года жизни. Сроки введения прикормов.
71. «Ранняя» и «поздняя» анемии недоношенных детей. Причины. Терапия.
72. Ателектаз. Диагностика. Ателектаз каких сегментов диагностировать труднее.
73. Клинические проявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни. Причины.
74. Что значит доминантный и рецессивный типы наследования?
75. Лечение и профилактика рахита у доношенных и недоношенных детей.
76. Отличительные признаки микоплазменной инфекции.
77. Характерные признаки гемолитических желтух новорожденных. Тактика ведения детей с «затяжными желтухами». Может ли гемолитическая болезнь новорожденных появиться в возрасте 2-3х недель?
78. Клинические признаки гипотиреоза независимо от его формы и времени возникновения.
79. Диагностические критерии целиакии. Принципы лечения.
80. Что обозначает термин «часто болеющие дети»? Реабилитационные мероприятия.
81. Дисахаридазная недостаточность. Наиболее частая форма дисахаридазной недостаточности. Критерии диагностики.
82. Неонатальный скрининг. На какие заболевания проводится исследование?
83. Пограничные состояния новорожденных.
84. Формы гломерулонефрита. Что характерно для нефритического варианта гломерулонефрита?
85. Какая концентрация билирубина сыворотки крови у новорожденного доношенного ребенка создает угрозу развития билирубиновой энцефалопатии? Тактика ведения пациента.
86. Какие лабораторные данные дают основание для установления диагноза сахарного диабета?
87. Причины срыгиваний и рвот у детей грудного возраста.
88. При каких перечисленных патологических состояниях сниженный удельный вес мочи имеет диагностическое значение: хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, пиелонефрит, острый гломерулонефрит?
89. Какие заболевания могут протекать с клиникой рецидивирующего бронхита?
90. Пилороспазм и пилоростеноз. Дифференциальная диагностика.
91. Лабораторные признаки муковисцидоза. Основные методы лечения кишечной и смешанной форм муковисцидоза. Неонатальный скрининг.

92. Перечислите болевые зоны, точки, симптомы, выявляемые при УЗИ органов брюшной полости.
93. Как влияют гормоны щитовидной железы на обмен кальция в организме.
94. Наиболее достоверные признаки атрезии желчных ходов.
95. Клинические особенности гипоталамического ожирения. Какие причины вызывают развитие этого вида ожирения.
96. Основные направления лечения атопического дерматита
97. Аллергический ринит. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.
98. Показания для рентгенологического обследования при подозрении на острую пневмонию. В какие сроки Вы будете проводить рентгенологическое обследование
99. Какой клинический признак характерен для гипертонической формы дискинезиижелчевыводящих путей. Лечение дискинезии желчевыводящих путей.
100. Классы иммуноглобулинов. Какие классы иммуноглобулинов участвуют в первичном иммунном ответе. Какие иммуноглобулины проникают через плаценту.
101. Острый пиелонефрит. Основные клинические признаки пиелонефрита.
102. Анафилактический шок. Лечебная тактика.

Тестовые задания
Инструкция: выберите один правильный ответ
Правильный ответ выделен полужирным шрифтом.

Раздел аллергологии:

1.Что относится к антителам?
1. белки острой фазы
2. гликозаминогликаны
3. **иммуноглобулин А**
4. С реактивный белок

2.К иммунокомпетентным клеткам не относятся?
1. Т-лимфоциты
2. В лимфоциты
3. плазматические клетки
4. **эритроциты**

3.Плазматические клетки, непосредственно вырабатывающие антитела, образуются
1. **из В-лимфоцитов**
2. из нейтрофилов
3. из базофилов
4. из макрофагов

4.При аллергических процессах чаще всего изменяется уровень иммуноглобулинов
1. А
2. G
3. М
4. **Е**

.
5.К показателям гуморального иммунитета относятся

1. **иммуноглобулины А, М, G**
2. иммуноглобулины Е
3. реакция бласттрансформации лейкоцитов
4. реакция розеткообразования

6..К показателям клеточного иммунитета относится определение

1. Ig-глобулинов сыворотки крови
2. иммуноглобулинов А, М, G
3. **реакция бласттрансформации лейкоцитов**
4. интерферона

7. Количество Т-лимфоцитов в периферической крови в норме колеблется в пределах

1. 15-20% общего числа лимфоцитов
2. 90-100% общего числа лимфоцитов
3. **60-80% общего числа лимфоцитов**
4. 20-30 % общего числа лимфоцитов

8. Количество В-лимфоцитов в периферической крови в норме составляет

1. 40-60% от общего числа лимфоцитов
2. **15-23% от общего числа лимфоцитов**
3. 60-100% от общего числа лимфоцитов
4. 1-5% от общего числа лимфоцитов

9. Информация об антигене передается лимфоцитами

1. от тромбоцитов
2. **от макрофагов**
3. от плазматических клеток
4. от базофилов

.
10.Дефицит клеточного иммунитета проявляется всем, кроме

1. частых заболеваний вирусной этиологии
2. отставания в физическом развитии
3. грибковых заболеваний
4. **частых заболеваний микробной этиологии**

.
11Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего проявляется

1. грибковыми заболеваниями
2. **частыми заболеваниями микробной этиологии**
3. частыми вирусными заболеваниями
4. врожденными пороками развития

12. Когда после антигенной стимуляции формируется собственно иммунологический ответ (выработка антител)?

1. через 49-96 часов
2. через 2 суток
3. **на 5-7 день**
4. через 14 дней

13. К факторам неспецифической защиты не относятся
    1. фагоцитоз лизоцим
    2. интерферон
    3. **лимфоциты**
    4. система комплемента

14. К факторам специфической защиты относятся
    1. система комплемента
    2. простагландины
    3. **антитела**
    4. С реактивный белок

15. К иммунодефицитным состояниям относятся
    1. синдром Альпорта
    2. **синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)**
    3. синдром Марфана
    4. синдром де Тони-Дебре-Фанкони

16. На внутриутробную инфекцию новорожденных 5-дней указывает
    1. лейкоцитоз 10000 в мм3
    2. **увеличение Ig M**
    3. лимфоцитоз 50%
    4. снижение Ig G

.

17.Кора надпочечников не выделяет
    1. **норадреналин**
    2. гидрокортизон
    3. андрогены
    4. альдостерон

18. Воспаление может быть обусловлено
    1. отложением в тканях иммунных комплексов
    2. патологической микрофлорой
    3. отложением в тканях кристаллов уратов
    4. травмой

19. В воспалительной реакции в меньшей степени участвуют
    1. макрофаги
    2. моноциты
    3. тучные клетки
    4. **эритроциты**

20. В развитии воспаления меньшее значение имеет
    1. гистамин
    2. гепарин
    3. серотонин
    4. простагландины

21. Каков механизм истинной аллергической реакции кроме одного?

1. увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. **увеличенное выделение гистамина без выработки антител**

22. Каков механизм псевдоаллергической реакции?
1. выработка антител к аллергену
2. повышенная выработка иммуноглобулина Е
3. сенсибилизация лимфоцитов
4. **усиленная выработка (либерация) гистамина без выработки антител**

23. Что наиболее значимо в диагностике аллергической реакции I типа?
1. эозинофилия
2. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
3. повышенное содержание гистамина в моче
4. **высокая концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови**

24. Что характерно для псевдоаллергической реакции?
1. высокая концентрация иммуноглобулина Е в крови.
2. **повышенное содержание гистамина в крови и моче**.
3. эозинофилия
4. ложноположительные кожные аллергопробы

25. К предрасполагающим факторам развития пищевой аллергии относятся
1. наследственная предрасположенность
2. снижение уровня секреторного иммуноглобулина А
3. патология органов желудочно-кишечного тракта
4. употребление продуктов, несоответствующих возрасту у предрасположенных к аллергии детей.

26. Назовите наиболее аллергенную ягоду среди перечисленных
1. черника
2. **клубника**
3. слива
4. крыжовник

27. Назовите наиболее аллергенный овощ
1. кабачки
2. огурцы
3. капуста белокочанная
4. **помидоры**

28. Какой из перечисленных фруктов не рекомендуется при пищевой аллергии
1. яблоки зеленого цвета
2. груши зеленого цвета
3. **абрикосы**
4. сливы

29. Какие препараты являются базисными при лечении пищевой аллергии?
1. эуфиллин
2. **задитен, налкром, зиртек**
3. стугерон

4. супрастин

30. Какое специфическое исследование необходимо для диагностики пищевой аллергии?
1. кожные пробы с пищевыми аллергенами
2. определение уровня общего Ig E в сыворотке крови
3. определение специфических антител к пищевым аллергенам
4. реакция дегрануляции тучных клеток с пищевыми аллергенами

31. Какой сок не рекомендуется при пищевой аллергии?
1. морковный
2. сливовый
3. черничный
4. яблочный

32. Какие кожные формы могут быть связаны с пищевой аллергией?
1. крапивница
2. токсидермия
3. атопический дерматит
4. отек Квинке

33. какой тип аллергической реакции наиболее характерен для пищевой аллергии?
1. 1 тип-реагиновый
2. 2 тип цитотоксический
3. 3 тип-иммунокомплексный
4. 4 тип-реакция замедленного типа

34. акой пищевой продукт чаще вызывает респираторную форму пищевой аллергии?
1. рыба
2. зеленый горошек
3. тыква
4. кабачки

35. Укажите наиболее характерные симптомы атопического дерматита
1. зуд кожи
2. полиморфизм высыпаний
3. возрастная стадийность клинических симптомов
4. сухость кожных покровов

36.
Укажите продукт, не обладающий выраженным либераторным эффектом
1. клубника
2. молоко
3. шоколад
4. яйца

37.
Какой продукт реже способствует развитию пищевой аллергии?
1. молоко
2. куриное яйцо
3. рыба
4. хлеб

38.

Понятие «пищевая аллергия» включает в себя

1. **аллергическую реакцию на пищевые продукты**
2. токсическое действие пищевых продуктов
3. непереносимость пищевых продуктов
4. либераторное действие пищевых продуктов

39.
Какие специальные исследования необходимы для установления гастроинтестинальной формы пищевой аллергии?

1. анализ кала на копрологию
2. определение содержания общего Ig E в сыворотке крови
3. определение уровня секреторного Ig A
4. **все перечисленные**

40.Какие лекарственные препараты редко вызывают лекарственную аллергию?

1. **антигистаминные препараты**
2. сульфаниламидные препараты
3. жаропонижающие препараты и анальгетики
4. антибиотики

41.
Укажите характерные симптомы токсидермии (кроме одного)

1. пятнисто-папулезные высыпания с легким шелушением на поверхности
2. симптомы интоксикации (лихорадка, артралгии)
3. гепатоцитолиз
4. **поражение слизистых оболочек**

42.
Укажите наиболее часто встречающиеся клинические формы аллергодерматозов при лекарственной аллергии (кроме одной)

1. многоморфная экссудативная эритема
2. синдром Стивенса – Джонсана, синдром Лайела
3. **себорейный дерматит**
4. крапивница

43.Какие характерные симптомы имеет многоморфная экссудативная эритема у детей?

1. высыпания в виде отечных эритематозных пятен
2. симптомы интоксикации
3. поражения слизистых оболочек
4. мышечные боли

44.Укажите наиболее характерные симптомы крапивницы у детей (кроме одного)

1. зуд кожи
2. **наличие экзематозного и лихеноидного синдромов**
3. высыпания в виде пятен и волдырей
4. артралгии

45.Какие клинические формы относятся к наиболее тяжелым формам аллергодерматозов (кроме одной)?

1. синдром Стивена – Джонсона
2. синдром Лайелла
3. многоморфная экссудативная эритема
4. **дерматит Дюринга**

46.Какая форма бронхиальной астмы наиболее часто встречается у детей?

1. **атопическая**
2. неаллергическая
3. астма напряжения
4. аспириновая астма

47.Какие аллергены являются частой причиной атопической бронхиальной астмы (кроме одного)?
1. пыльцевые
2. пищевые
3. **бактериальные**
4. эпидермальные

48.Какие признаки относят к аспириновой бронхиальной астме?
1. полипозный риносинусит.
2. бронхоспазм
3. сухие свистящие хрипы
4. связь развития приступов с НПВС

49.
Какие аллергены являются причиной поллинозов?
1. **пыльцевые**
2. белковые
3. пищевые
4. эпидермальные

50.азовите основные клинические формы поллинозов (кроме одной)
1. **аллергический альвеолит**
2. роноконьюнктивальные формы
3. бронхиальная астма
4. крапивница

51Назовите висцеральные формы поллинозов
1. арахноэнцефалит
2. аллергический цистит, уретрит
3. гепатит
4. синдром Меньера

52.Какие препараты применяются в приступном периоде бронхиальной астмы (кроме одного)?
1. β-2 симпатомиметики (сальбутамол, вентолин)
2. эуфиллин
3. глюкокортикостероиды
4. **супрастин**

53. Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей в сыворотке крови
1. увеличение содержания Ig A
2. **повышение уровня общего Ig E и специфических Ig E**
3. увеличенное содержание простагландина F
4. повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

54.Какие исследования подтверждают эозинофиллию, обусловленную атопией?

1. анализ кала на яйца глистов
2. определение содержания гистамина в крови и моче
3. **определение уровня общего Ig E**
4. определение концентрации Ig M

55.Психоэмоциональные факторы могут вызвать астму напряжения посредством
1. выброса адреналина
2. **гипервентиляции и раздражения ирритантных рецепторов**
3. активацией блуждающего нерва
4. выброс ацетилхолина

56.К необходимым исследованиям для дифференциальной диагностики гастроинтестинальной формы пищевой аллергии и кишечной инфекции относятся все перечисленные, за исключением
1. анализа кала на копрологию
2. анализа кала на кишечную группу
3. определения содержания Ig E в периферической крови
4. **ректороманоскопии**

57.К факторам риска развития бронхиальной астмы относятся все перечисленные, за исключением
1. искривления носовой перегородки
2. селективного иммунодефицита Ig A
3. наследственной предрасположенности
4. **гиперхолестеринемии**

58Какие препараты являются базисными при лечении аллергического ринита?
1. антиконгестанты
2. антигистаминные препараты
3. **кромоны**
4. антибрадикининовые препараты

59.какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы легкой степени тяжести (персистирующей)?
1. ксантины пролонгированные
2. задитен
3. **кромоны**
4. ингаляционные кортикостероиды

60.какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы средней степени тяжести?
1. ксантины
2. антигистаминные препараты II поколения.
3. системные кортикостероиды
4. **кромоны, недокромил натрия**.

61.Какие препараты являются базисными при лечении бронхиальной астмы тяжелой степени тяжести?
1. кромоны
2. β-агонисты длительного действия
3. М-холинолитики
4. **ингаляционные кортикостероиды, комбинированные препараты (ИГКС+ β-агонисты длительного действия)**

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

62.Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно
1. задержка психомоторного развития
2. длительно существующая желтуха новорожденных

3. сухость кожи
4. <u>диарея</u>

63.Для больного сахарным диабетом не характерно
1. жажда
2. учащенное мочеиспускание
3. похудание
4. <u>отеки</u>

64 При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома не характерно
1. вялость
2. мышечная гипотония
3. <u>запоры</u>
4. срыгивания и рвоты

65.У больных с врожденным первичным гипотиреозом наблюдается
1. брадикардия
2. повышение уровня ТТГ
3. снижение уровня Т3, Т4
4. гипохолестеринемия

66.Для больного сахарным диабетом не характерно
1. жажда
2. полиурия
3. <u>экзофтальм</u>
4. расчесы на коже

67.При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерны
1. гипонатриемия
2. гиперкалиемия
3. высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
4. алкалоз

68.При врожденном не леченном первичном гипотиреозе не наблюдается
1. <u>полиурия</u>
2. пастозность тканей
3. крупный язык
4. сухость кожи

69.Неотложными мероприятиями при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома являются
1. введение внутримышечное гидрокортизона каждые 6-8 часов
2. введение физиологического раствора внутривенно капельно
3. введение ДОКСа внутримышечно 1-2 раза в сутки
4. введение 5% раствора глюкозы внутривенно

70.при сахарном диабете 1 типа, диабетической гипогликемической коме не следует
1. вводить 40% раствор глюкозы
2. вводить подкожно 0,5-1,0 мл адреналина
3. накормить больного после выхода из комы
4. <u>вводить инсулин</u>

71. Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечается дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень – 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз.
1. сахарный диабет
2. несахарный диабет
3. **диабетическая кетоацидотическая кома**
4. менингит

72. У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение 111 степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление – 140/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз.
1. конституционально-экзогенное ожирение
2. **гипоталамический синдром с нарушениями жирового обмена**
3. церебральное ожирение
4. юношеский диспитуитаризм

73.При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается все перечисленное, кроме:
1. гиперхолестеринемии
2. задержки дифференцировки костей скелета
3. остеопороза
4. **полиурии**

74. Для подтверждение диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме
1. **гипербилирубинемии**
2. гипергликемии
3. глюкозурии
4. наличия ацетона в моче

75. К признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидотическая кома», относятся все перечисленные, кроме
1. бессознательного состояния
2. шумного Куссмаулевского дыхания
3. сухой кожи
4. **обилия хрипов в легких**

76.Девочка 10 лет. Ожирение 11 степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз.
1. **конституционально-экзогенное ожирение**
2. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
3. церебральное ожирение
4. синдром Лоуренса-Муна-Бидля

77. При гипотиреозе педиатр должен
1. назначить самостоятельно лечение
2. **направить больного на консультацию к эндокринологу**
3. назначить диетотерапию
4. назначить повторный осмотр через полгода

78. Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие
1. увеличение СОЭ
2. гиперкалиемии
3. низкого удельного веса мочи
4. **гипергликемии**

5.

79. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме
1. гиперпигментации кожи
2. **желтушности кожи**
3. похудания
4. общей слабости

80. При диабетической кетоацидозной коме обычно не наблюдаются
1. боли в животе
2. потеря сознания
3. запах ацетона
4. **судороги**

81. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) не характерно
1. **повышение сахара в крови**
2. полиурия
3. артериальная гипертензия
4. мышечная слабость

82. У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы 111 степени. Кожа влажная, горячая. Экзофтальм. Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия. Артериальное давление – 140/60 мм рт ст. Установлен диагноз – «диффузный токсический зоб 111 степени, тяжелая форма».
1. **диагноз верен**
2. диагноз не верен
3. необходимо исключить опухоль мозга
4. необходимо исключить ревматизм

83. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все признаки, кроме
1. снижения аппетита
2. **повышения артериального давления**
3. снижения артериального давления
4. сочетание этой болезни с туберкулезом

.
84.Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать все признаки кроме
1. наличия глюкозурии
2. **лейкоцитоза**
3. наличия ацетонурии
4. наличия гипергликемии

85. Для болезни Иценко-Кушинга не характерно
1. **артериальная гипотензия**
2. неравномерное отложение жира
3. стрии
4. остеопороз и задержка роста

86. У девочки 3 лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак – 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Предварительный диагноз.

1. почечная глюкозурия
2. **инсулинозависимый сахарный диабет**
3. несахарный диабет
4. нарушение толерантности к углеводам

87. Применение мерказолила, пропранола и преднизолона показано

1. **при диффузно-токсическом зобе 111 степени тяжелой формы**
2. при гипотиреозе
3. при эутиреоидном увеличении щитовидной железы 111 степени, вегетососудистой дистонии
4. при сахарном диабете

88. При хронической первичной надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) не характерно

1. понижение артериального давления
2. сниженный уровень кортизола в крови
3. **сниженный уровень АКТГ в крови**
4. похудание

89. У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз.

1. церебрально-гипофизарный нанизм
2. болезнь Дауна
3. **синдром Шерешевского-Тернера**
4. конституциональная задержка полового и физического развития

90. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить

1. дообследование
2. **срочную госпитализацию в эндокринологическое отделение**
3. внутривенное введение 5% раствора глюкозы
4. лечение на дому

91. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно все перечисленное, кроме

1. **повышение сахара в крови**
2. понижение калия в крови
3. артериальной гипертензии
4. мышечной слабости

РАННИЙ ВОЗРАСТ

92. На сколько см увеличивается рост доношенного ребенка к 1 году?

1. **25-30 см**
2. 10-15 см
3. 15-20 см
4. 20-25 см

93. В каком возрасте полностью закрывается большой родничок?
1. 5-6 мес.
2. 6-9 мес.
3. 9-12 мес.
4. **9-18 мес.**

94. В каком возрасте у большинства детей появляются молочные зубы?
1. 1-2 мес.
2. 4-6 мес.
3. **5-9 мес.**
4. 8-12 мес.
.

95. Во сколько раз увеличивает к 1 году свою массу доношен. ребенок?
1. в 1,5 раза
2. в 2 раза
3. в 2.5 раза
4. **в 3 раза**

96: На сколько кг увеличивается масса недоношенного ребенка к 1 году?
1. на 4-6 кг
2. **на 6-7 кг**
3. на 8-10 кг
4. на 10 кг

97. У какого ребенка большие темпы прибавки длины?
1. доношенного
2. **недоношенного**
3. одинаковые
4. доношенного с задержкой внутриутробного развития

.98. какова нормальная концентрация общего кальция в крови у детей?
1. 1,7-1,9 ммоль/л
2. **2,2-2,8 ммоль/л**
3. 3,0-3,5 ммоль/л
4. 5-10,0 ммоль/л

99. Какова нормальная концентрация фосфора в крови у детей?
1. 0,5-0,8 ммоль/л
2. **1,1-1,6 ммоль/л**
3. 1,6-3,0 ммоль/л
4. 3,0-5,0 ммоль/л

100. Какие показатели кальция и фосфора крови характерны для вит.Д дефицитного рахита в стадии разгара?
1. **кальций - норма, фосфор - снижен**

2. кальций и фосфор - снижен
3. кальций снижен, фосфор - высокий
4. кальций повышен, фосфор - в норме

10. чебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Сердечно-легочная реанимация у детей : учебное пособие / Т. П. Мишина, В. М. Шайтор, В. А. Семкичев. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 56 с.
2. Педиатрия : национальное руководство: В 2 т. / ред. Г. Н. Буслаева. - : ГЭОТАР-Медиа : АСМОК, 2009. - (Национальные руководства). – Т. 1 / Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1017с., Т. 2 / О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксёнова [и др.]. - 2009, 2009, 2009. - 1023 с.
3. Педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. А. А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427873.html
4. . Детские болезни Под ред. А.А.Баранова – М; ГЭОТАР – Мед. 2009 – 1008
5. .Детские болезни : учебник / Л. К. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова [и др.] ; ред. А.А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1006 + CDс. с.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

7. Детские болезни. Том 1. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122061.html

1. Детские болезни. Том 2. [Электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN97859704122062.html

9.. Детское питание: Руководство для врачей/ Под ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М. МИА 2009 – 952с.

10. Запоры у детей: Руководство/И.Ю. Мельникова, В.П. Новикова – М:ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 144с.
11. Запоры у детей [Электронный ресурс] / Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412596.html
12. Запоры у детей [Электронный ресурс] : руководство / И. Ю. Мельникова, В. П. Новикова, Н. Б. Думова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432372.html

13. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей в двух книгах /Под ред. А.А.Баранова, Н.И. Володина, Г.А. Самсыгиной – М: Литтерра, 2007.

Кн.1 – 1163с.,
кн.2 – 1087с.

Дополнительная литература:

1.Аллергология : сборник / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) ; ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - 2-е изд., испр. и доп. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 249 с. - (Сер. : Клинические рекомендации).

2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология – М.ГЭОТАР-МЕД 2009.- 192с.

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

3. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. - М. ГЭОТАР МЕДИА 2007 – 230с.

Туберкулез у детей и подростков [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В.А. Аксеновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404027.html

4. Баранов А.А. Кучма Р.В., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. – М: ГЭОТАР-МЕД 2008. 432с.

5. Вегетативная дисфункция у детей и подростков/ Ред Л.В. Козлова – М: ГЭОТАР-МЕД 2008 – 96с. (Серия "Актуальные вопросы медицины")

6. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб, Нестор-история, 2009. 252с.

7. ВИЧ-инфекция у детей: учебное пособие/Э.Н.Симованьян(и др.) – Ростов Н/Д: Феникс, 2010- 221с. (Серия "Медицина")

8. Детская гастроэнтерология. Руководство/ Т.Г. Авдеева и др. М: - ГЭОТАР-МЕД 2009 – 192с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html

9.Детская кардиология : из книги "Педиатрия по Рудольфу" / Д. Вернстайн ; К. Рудольф ; пер. А. Н. Охотин, В. А. Ананич ; ред. Дж. Хоффман. - 21-е изд. - М. : Практика, 2006, М. : Практика, 2006. - 543 с.

10. Детские болезни. Учебник/ Под ред. А.А.Баранова 2-е изд. Исп. И доп. М. ГЭОТАР-МЕД 2009- 1008с.

Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

11. Детское питание. Руководство для врачей/ ред. И.Я. Конь, В.А.Тутельян – М: Медицинское информационное агентство 2009. – 952с..

Детское питание : руководство для врачей / ред. В. А. Тутельян, И.Я. Конь. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 743 с.

12.Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации. /Союз педиатров России • Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. 2017. – 68 с. - http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bronhast.pdf

13. Козлова Л.В. Вегетативная дисфункция у детей и подростков. – М.:ГЭОТАР-МЕД,2008 – 96 с

14. Кузник Б.И. Общая гематология. Гематология детского возраста: учебное пособие / Б.И. Кузник, О.Г. Максимова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 573 с.

15.Кукес В.Г. Врачебные методы диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-720 с.

Врачебные методы диагностики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Кукес В.Г., Маринина В.Ф. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5970402621.html.

16.Курек В.В., Кулагина А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей. М-: МедЛит.2008. 464с

17. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. – М.: ГЭОТАР, 2010. – 4872.

Гигиена детей и подростков [Электронный ресурс] : учебник / Кучма В.Р. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434987.html

18. Лисс В.Л. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/Под ред. Н.П.Шабалова// В.Л.Лисс, Ю.Л.Скородок, Е.В. Плотникова и др. – СПб.: «Питер», 2009. – 380 с.

19. Лозовой В.В., Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики. – М., 2011. – 448 с.

20. Миалл Л., Рудольф М., Левен М. Наглядная педиатрия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 176 с.

21. Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В. Детская и подростковая андрология. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.

22. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 560 с.
Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409756.html

23. Мутафьян О.А. Детская кардиология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 504 с.

Детская кардиология: руководство [Электронный ресурс] / Мутафьян О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411018.html

24. Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: Руководство для врачей/Под ред. Н.Л. Черная, В.В.Шилкин. – СПб.: СпецЛит, 2009.- 352 с.

25. Кардиология: Новейший справочник педиатра / Н.В. Орлова, Т.В. Парийская. - СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003, СПб. : ЭКСМО, Сова, 2003. - 624 с.

26. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей/ А.А.Баранов, Р.В.Кучма, Л.М.Сухарева.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 432 с.
27. Павлова М.В. Туберкулез у подростков (клиническая картина, лечение): учебное пособие; Последипломное медицинское образование. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 24 с.
28. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных: монография. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.
29. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход. – ГЭОТАР-МЕД, 2009.- 192 с. Детская нефрология. Синдромный подход. [Электронный ресурс] / Петросян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410295.html
30.Поликлиническая педиатрия. Под ред. А.С.Калмыковой М: ГОЭТАР-МЕД 2009 -720с. Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.С. Калмыковой - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419540.html
31. Пропедевтика детских болезней/Под ред. Н.А.Геппе, Н.С.Подчерняева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 464 с. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
32. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 832 с.6 ил. Детская урология [Электронный ресурс] / Пугачев А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409718.html
33. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: руководство для практических врачей в двух книгах/ред. А.А.Баранова, ред. Н.Н. Володин, ред. Г.А. Самсыгина. – М.: Литтера. – 2007 кн. 1. – 1163 с. – (Серия «Руководства для практикующих врачей»)
34. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Руководство дляпрактических врачей в двух книгах/ ред. А.А.Баранов, ред. Н.Н.Володин, ред. Г.А.Самсыгина. – М.: Литтерра. – 2007 кн. 2. – 1087 с. (Серия «Руководства для практических врачей»)

35. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания [Электронный ресурс] / руководство для практикующих врачей / под общ. ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 872 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия). I М. : Литтерра, . - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500849.html

36. Российский национальный педиатрический формуляр/Под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 912 с.

Российский национальный педиатрический формуляр [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970410875.html

37. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/под ред. А.А.Баранова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 608 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410189.html

38. Руководство по детской эндокринологии: Пер. с англ./Под ред. Г.Д. Брук, С. Браун.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 352 с.

39. Руководство участкового педиатра/Под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 352 с.

Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / Т. Г. Авдеева - - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440902.html

40. Скрипченко Н.В. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей. М.: «АМЛ». 2006. – 560 с.

41. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практикеохраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с. http://portalsga.ru/data/2444.pdf

42. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. Изд.2-е, испр. и доп. – СПб.: Элби. 2006 – 320 с.

43.Уварова Е.В. Тарусин Д.Е. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков (для врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, урологов-адрологов М: Триада –Х, 2009- 232с.

44. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2007. – 688 с.

45. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 224 с.

Угрожающие состояния в педиатрии : экстренная врачебная помощь [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430002.html

46. Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 160 с.

Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Библиотека врача-специалиста). - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434895.html

47. Шабалов Н.П. Педиатрия. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 895 с.

Педиатрия : учебник для мед. ВУЗов / ред. Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 959 с. : табл. - (Учебник для медицинских вузов).

48. Шабалов Н.П. неонатология: в 2-х томах. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. –
т.1 – 763 с.,
т.2 – 768 с.

Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html

Неонатология : учеб. пособие : в 2 т Т. 2.[Электронный ресурс]. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - - 736 с. -
: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html

49. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. Неотложная педиатрия (Краткое руководство).- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 156 с.

50. Эндокринология. Национальное руководство + CD/Под ред. И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 1150 с.

Эндокринология : Национальное руководство / Н. А. Абрамова, А. А. Александров, Е. Н. Андреева [и др.] ; ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013, Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1064 с., [6] л. цв. ил. с. : ил. - (Национальные руководства).

Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426883.html
Эндокринология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html
Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444962.html

51. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. -3-е изд. – СПБ: Питер, 2008. – 272 с.

52. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html

53.Неонатология : в 2 т. Т. 1 и т.2 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ;пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева. — М. : БИНОМ.Лаборатория знаний, 2015. — 708 с. -https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179

54. Новорожденный ребенок [Электронный ресурс] : руководство / А.Н. Гансбургский [и др.] ; под ред. Черной Н.Л., Шилкина В.В.. — Электрон. дан. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2009. — 352 с -https://e.lanbook.com/book/59866.

55. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html т

Методические рекомендации и пособия

1.Питание детей раннего возраста : учеб. пособие для врачей / Ф. П. Романюк ; Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. - 5-е изд., доп. и перераб. - СПб. : [Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова], 2015. - 66 с.

2.Александрова В.А. Хронические запоры и их лечение в детском возрасте. – СПб.: СПб МАПО, 2001 – 20 с.

3.Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра (методическое пособие, гриф УМО), СПб, 2008, 70 с.

4.Александрова В.А., Рябчук Ф.Н., Красновская М.А. Клинические лекции по педиатрии.- СПб.: Изд-во «ДИЛЯ», 2004. – 576 с.

5.Желтухи у новорожденных детей : пособие для врачей / И. В. Александрович, И. М. Шатилло. _ СПб.: СПбМАПО, 2010. - 40 с.

6.Пищевая непереносимость у детей : пособие для врачей / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк, Л. Н. Пройда ; СПбМАПО. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб., 2007. - 68 с.

7.Бельгов А.Ю. Соединительнотканные дисплазии сердечно-сосудистой системы. Учебное пособие для врачей. – СПб: СПбМАПО, 2007. 48 с.

8.Запоры у детей: Руководство/Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Думова Н.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

9.Заболевания миокарда у детей : пособие для врачей / Е. А. Колмо, Н. В. Кузьмина ; СПбМАПО. - СПб., 2010. - 56 с.

10.Дисплазия соединительной ткани : Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. - 704 с.

11.Лоскучерявая Т.д., Медведев В.П., Чернова Л.А. Нарушения пищевого поведения у подростков. Учебное пособие. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. – 57 с.

12.Заболевания билиарного тракта у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение) : учебное пособие / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, И. В. Румянцева. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. - 94 с.
13.Пробиотики в практике педиатра (клинические примеры) / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 40 с.
14.Медицина здоровья. II. На перекрестке потоков информации : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. - 65 с.
15.Медицина здоровья. 1. Переходные состояния у детей : учебное пособие / О. А. Маталыгина. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 91 с.
16.Неотложная педиатрия : краткое руководство / В. М. Шайтор, И. Ю. Мельникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 160 с
Электронные ресурсы:
Портал Минздрава России по непрерывному образованию – http://eduminsdrav.ru
Регистр профессиональных стандартов- http://profstandart.rosmintrud.ru
Образовательный портал ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России- http://edu.szgmu.ru
Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU – http://elibrary.ru/project_orgs.asp
Федеральная медицинская электронная библиотека Минздрава России -www.femb.ru
Официальный сайт медицинской профессиональной некоммерческой организации (ассоциации) – http://gastro.ru
ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/ ЭМБ «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ЭБС «Издательство Лань» https://e.lanbook.com/ ЭБС «Букап» https://www.books-up.ru/ ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» http://www.bibliocomplectator.ru ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» https://ibooks.ru/
Библиотека СЗГМУ им. И.И.Мечникова http//libcat.czgmu.ru/

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

Миокардиты у детей раннего возраста : учебное пособие / И.Ю. Мельникова ; Каф. педиатрии и детской кардиологии. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015. - 32 с.

11. Материально-техническое обеспечение

Код специальности, направления	Наименование специальности, направления	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным	Наименование специальных помещений* и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования

подготовки	подготовки	планом			инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья
31.08.19	Педиатрия	Производственная (клиническая) практика (стационар) базовая часть	Учебная комната, (СПб ГБУЗ «Детская клиническая больница № 5», Бухарестская 134, 1 корпус, 3 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная аудитория (Помещение 408), ДГМКЦ высоких медицинских технологий им. К. А. Раухфуса, Лиговский пр.8, 4-й этаж, для проведения клинических разборов и промежуточной аттестации	Доска, стулья, стол преподавателя, мультимедийный комплекс	Частично приспособлено
			Учебная комната (4 отделение, ДГБ №2 Святой Марии Магдалины, 14-я линия ВО, д. 57, 3-й этаж) для проведения практических занятий, текущего контроля	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (ДГБ №1, ул. Авангардная, 14, отделение функциональной диагностики, 2-й этаж) для проведения практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего	Доска, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

			контроля		
			Учебный зал, (СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», Земледельческая ул., д.2, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено
			Учебная комната (СПб ГБУЗ «Детский диагностический центр № 2», Гладкова д.4, 2 этаж)	Доска, парты, стулья, стол преподавателя	Частично приспособлено

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Практическая подготовка клинического ординатора направлена на глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных.

Учебная практика проводится во время обучения на основных клинических базах. Учебная практика начинается проведением семинарского занятия по направлению практики, заканчивается сдачей зачета.

К практике допускается клинический ординатор, прошедший профилактический медицинский осмотр, имеющий сертификат о прививках, знающий правила внутреннего трудового распорядка, нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и правила пожарной безопасности;

Практическая работа клинического ординатора складывается из следующих видов деятельности:

1. ежедневная курация в условиях стационара пациенток с различной педиатрической патологией;
2. ведение медицинской документации (историй болезни, историй родов, амбулаторных карт, этапных и выписных эпикризов), под непосредственных контролем лечащего врача;
3. участие в клинических обходах, проводимых сотрудниками кафедры и врачебных консилиумах, подготовка и доклад курируемых больных;
4. участие в проведении диагностических исследований и лечебных манипуляций под непосредственным контролем лечащего врача;
5. участие в проведении внутриведомственного контроля, анализа эффективности и качества медицинской помощи.

В административном отношении ординаторы подчиняются руководству кафедры. Вместе с тем, при осуществлении функций помощника врача во время прохождения ординатуры молодые специалисты обладают правами и несут ответственность за свои действия наравне с врачами, работающими в отделении. Ординатор должен сообщать руководителю практики причину отсутствия на практике, а в случае болезни предоставлять медицинскую справку.

Ординатор обязан соблюдать медицинскую этику и деонтологию, выполнять принципы профессиональной этики, выстраивая взаимоотношения с медицинским персоналом, больными и их родственниками

Основным обязательным документом прохождения учебной практики является дневник. За время прохождения учебной практики клиническими ординаторами осваиваются обязательные практические навыки, что отражается в дневнике ординатора

Все разделы дневника, клинический ординатор подписывает у заведующего отделением или непосредственного руководителя практики медицинского учреждения куратора ординатуры.

Отчет должен содержать сведения о работе, проделанной на клинической базе, наиболее интересные клинические наблюдения. Отчет должен давать представление самостоятельности ординатора при выполнении той или иной работы. Обязательно указывается количество выполненных операций, манипуляций и процедур.

Результаты клинической практики ординатор защищает на зачете. Он проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из устного собеседования, тестового контроля, решения ситуационных задач и иных форм контроля установленных для проверки практических навыков.