

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПЕДИАТРИЯ»**

Специальность: 31.08.19 Педиатрия

Кафедра: госпитальной педиатрии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Педиатрия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Педиатрия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РП по данной дисциплине.

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2.	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3.	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

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Текущий,	Раздел 1. Физиология и патология детей первого года жизни и раннего возраста Раздел 2. Физиология и патология детей старше 3-х летнего возраста и подростков .	Тесты, Ситуационные задачи, Собеседование
	Промежуточный	Раздел 1. Физиология и патология детей первого года жизни и раннего возраста Раздел 2. Физиология и патология детей старше 3-х летнего возраста и подростков .	Ситуационные задачи, Собеседование

#### **4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий, собеседования.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7

**1. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ**

1. Адаптированные молочные смеси
2. Смеси на основе полного гидролизата белка\*
3. Безлактозные смеси
4. Кисломолочные смеси

**2. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ**

1. Наследственные энзимопатии (галактоземия, болезнь кленового сиропа)\*
2. Целиакия
3. Физиологическая желтуха
4. Первичная лактазная недостаточность

**3. РЕБЕНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С**

1. 8-9 месяцев\*
2. 10-11 месяцев
3. 5-6 месяцев
4. 1 года

**4. В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА ДОЛЯ БЕЛКОВ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА БЕЛКА СОСТАВЛЯЕТ (В %)**

1. 75\*
2. 65
3. 50
4. 30

**5. КОЛИЧЕСТВО ПРИЕМОВ ПИЩИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 4 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ**

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

**6. РЕБЕНКУ 1 МЕСЯЦА, НЕДОСТАТОЧНО ПРИБАВИВШЕМУ В МАССЕ В СВЯЗИ С ГИПОГАЛАКТИЕЙ У МАТЕРИ, ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ УЧАСТКОВОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ**

1. Изменить режим питания матери
2. Увеличить число кормлений до 8-10 раз в сутки\*
3. Ввести докорм антирефлюксной смеси
4. Увеличить продолжительность каждого кормления до 1 часа

**7. У РЕБЕНКА 6 ДНЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, РОДИВШЕГОСЯ В СРОК С МАССОЙ 3600 Г, ОБЪЕМ ОДНОГО КОРМЛЕНИЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В МЛУ)**

ребенка 6 дней на грудном вскармливании, родившегося в срок с массой 3600 г, объем одного кормления должен составлять (в мл)

1. 50
2. 110
3. 80
4. 60\*

8. ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ПРИ РЕЖИМЕ СВОБОДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДОПУСКАЕТСЯ КОРМЛЕНИЕ

1. Каждые 3 часа с ночным перерывом
2. По требованию ребенка (но не реже чем через 1,5-2 часа в течение суток)
3. Каждые 3 часа без ночного перерыва
4. По требованию ребенка (но не реже чем через 1,5-2 ч днем и через 3-4 часа ночью)\*

9. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4-6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ \_\_ Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

1. 2,9
2. 2,0
3. 3,2
4. 2,6\*

10. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА В ЭНЕРГИИ / В ККАЛ/КГ/ В ВОЗРАСТЕ 7 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

1. 100
2. 110\*
3. 120
4. 140

11. В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ ИНГРЕДИЕНТАМИ ПИЩИ – Б : Ж : У

1. 1:1:4\*
2. 1:1:3
3. 1:2:4
4. 1:2:5

12. ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ \_\_\_\_\_ % ИХ СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ

1. 15-25
2. 10-20
3. 60-70
4. 30-50\*

13. ВАЖНЕЙШИМ ИСТОЧНИКОМ БЕЛКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Мясо\*
2. Картофель
3. Молоко
4. Сливочное масло

14. КАКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРИЕМАМ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (% ВСЕГО РАЦИОНА В КАЛОРИЯХ)?

1. Завтрак – 25, обед – 35-45, полдник – 10-15, ужин – 20-25\*

2. Завтрак – 0, обед –50-60, полдник – 0, ужин – 40-50
3. Завтрак –5, обед – 70-75, полдник – 5-10, ужин – 10-20
4. Завтрак – 40-50, обед – 50-60, полдник – 0, ужин – 0

15. СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

1. 2:1
2. 1:2
3. 1:1\*
4. 1:4

16. ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ В ОРГАНИЗМЕ В ОСНОВНОМ ВЫПОЛНЯЮТ

1. Белки
2. Витамины
3. Углеводы\*
4. Макро- и микроэлементы

17. НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ

1. Кальция и железа\*
2. Натрия и калия
3. Хлора и кальция
4. Калия и магния

18. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1:1,5\*
2. 2:2
3. 1,5:1
4. 1:2

19. ОСНОВНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖИРОВ - ЭТО ИСТОЧНИК

1. Витамина С
2. Витаминов группы В
3. Микроэлементов
4. Энергии\*

20. НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ

1. Животных белков\*
2. Животных жиров
3. Углеводов
4. Пищевых волокон

21. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

1. Антральном отделе желудка\*
2. Теле желудка
3. Луковице двенадцатиперстной кишки
4. В области дна желудка

22. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Конвергенция складок
2. Остаточное пятно бария\*
3. Отечность складок
4. Раздраженная луковица

23. БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

1. Пожизненно\*
2. В активный период заболевания
3. До наступления периода полной ремиссии
4. В течение двух лет периода ремиссии

24. ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

1. Мерфи\*
2. Пастернацкого
3. Щеткина-Блюмберга
4. Мейо-Робсона

25. ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Повышение непрямого билирубина
2. Гемолиз
3. Повышения прямого билирубина\*
4. Ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

26. ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гипертрансаминаземия\*
2. Гиперхолестеринемия
3. Диспротеинемия
4. Гипофибриногенемия

27. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ» НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ

1. Белка в крови
2. Ферментов поджелудочной железы в крови\*
3. Белка в моче
4. Глюкозы в крови

28. БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ

1. Спазмолитики
2. Ферменты
3. Нерастворимые антациды\*
4. Седативные препараты

29. ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

1. Домперидон\*
2. Лактулоза
3. Дротаверин
4. Макрогол

30. ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

1. Альбумина

2. Печеночно-клеточных ферментов
3. Билирубина\*
4. Церулоплазмина

31. ДИАГНОЗ «ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ» У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

1. Изолированной пиурии и положительного нитратного теста
2. Лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
3. Лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность\*
4. Макрогематурии, протеинурии

32. ЛИХОРАДЯЩЕМУ БОЛЬНОМУ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ ОШИБОЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

1. Измерения температуры тела каждые 2-3 часа
2. Постельного режима
3. Горячих ножных ванн\*
4. Приема жаропонижающих средств при повышении температуры тела

33. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ

1. Изоляция контактных на 25 дней от момента контакта
2. Иммунизация детей АКДС-вакциной\*
3. Трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции
4. Введение иммуноглобулина контактным

34. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. Эпилепсия
2. Фебрильные судороги при вирусных инфекциях\*
3. Травма головного мозга
4. Острое отравление

35. КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ

1. Увеличением потребности мозга в кислороде\*
2. Резким увеличением метаболизма глюкозы
3. Повышением внутричерепного давления
4. Повышением артериального давления

36. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1. При признаках «бледной лихорадки»\*
2. При наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
3. При сопутствующих заболеваниях сердца
4. Всегда

37. ДИАГНОЗ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

1. Первых двух часов
2. Первых трех суток\*

3. Первых суток
4. Первой недели

38. ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ (МКГ/КГ/СУТ)

1. 10,0-15,0\*
2. 15,0-20,0
3. 25,0-30,0
4. 30,0-50,0

39. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Длительно существующая желтуха новорожденных
2. Задержка психомоторного развития\*
3. Сухость кожи
4. Диарея

40. ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ ЖИЗНИ

1. 4-5\*
2. 7-8
3. 14-21
4. 21-28

41. ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. усиление в положении на спине, левом боку, при движении\*
2. уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении
3. усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед
4. уменьшение в положении с запрокинутой головой

42. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения \*
2. над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический
3. над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический
4. на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический

43. ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. небольшой объем выпота \*
2. значительный объем выпота
3. развитие фибринозного перикардита
4. частое развитие тампонады сердца

44. ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, СЕРОЗИТ, НЕФРИТ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ

1. системной красной волчанки \*
2. системной склеродермии
3. ювенильного идиопатического артрита
4. острой ревматической лихорадки

45. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ

1. перемежающуюся, летучую, эритематозную сыпь \*
2. артрит, ассоциированный с энтезитами
3. псориаз у родственников первой линии

4. постоянную, обильную папулезную сыпь
46. СЫПЬ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ
  1. папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях \*
  2. пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище
  3. полиморфная, появляется одновременно на всем теле
  4. в виде петехий, экхимозов на лице и туловище
47. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ
  1. некроз кожи и локальные отеки \*
  2. анулярная эритема и ревматические узелки
  3. малая хорея и утренняя скованность
  4. дефицит пульса и снижение артериального давления
48. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. летучесть болей \*
  2. поражение мелких суставов
  3. утренняя скованность суставов
  4. длительное течение артрита
49. В ОСНОВНЫЕ (БОЛЬШИЕ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ
  1. хорея \*
  2. перемежающаяся хромота
  3. лихорадка
  4. мигрирующая эритема
50. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  1. амилоидозом \*
  2. пиелонефритом
  3. интерстициальным нефритом
  4. дисметаболической нефропатией
51. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ
  1. ливедо \*
  2. миокардит
  3. кальциноз мышц
  4. склеродактилия
52. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
  1. мышечная слабость\*
  2. геморрагическая сыпь
  3. деструктивная артропатия
  4. асимметрический полирадикулоневрит
53. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ
  1. АНФ и АТ к двуспиральной ДНК \*
  2. ревматоидный фактор и сиаловые кислоты
  3. повышение титров АСЛО и АСГ
  4. положительная реакция Райта и Хеддельсона
54. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ
  1. дезагреганты \*
  2. антикоагулянты
  3. глюкокортикоиды
  4. мембраностабилизаторы

55. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

1. суставы, почки, кишечник\*
2. суставы, легкие, кишечник
3. сердце, почки, кишечник
4. легкие, ЦНС, кишечник

56. РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРЕДШЕСТВУЕТ \_\_\_\_\_ ИНФЕКЦИЯ

1. стрептококковая\*
2. кишечная
3. стафилококковая
4. вирусная

57. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. склеродермии\*
2. ювенильном дерматомиозите
3. ювенильном артрите
4. болезни Шенлейна–Геноха

58. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. антител к двуспиральной ДНК \*
2. ревматоидного фактора
3. антинейтрофильных цитоплазматических антител
4. креатинфосфокиназы

59. ДЕТЯМ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ

1. езду на велосипеде \*
2. бег
3. прыжки
4. активные игры

60. ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выраженное/нарастающее вздутие живота\*
2. запавший живот
3. копростаз
4. тромбоцитоз"

61. В КАКОМ ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ИСЧЕРЧЕННОСТЬ КОЖИ СТОПЫ В НИЖНЕЙ ЕЕ ПОЛОВИНЕ?

1. после 32-й недели
2. на 31-й неделе
3. на 30-й неделе
4. на 29-й неделе"

62. АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. соединение аорты и легочной артерии\*
2. дефект межжелудочковой перегородки
3. дефект в межпредсердной перегородке
4. полную форму атриовентрикулярной коммуникации"

63. ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В \_\_\_\_\_ НЕД.

1. 38-42\*
2. 22-37
3. 28-37
4. 36-40"

64. ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА  
НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

1. метаболический ацидоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипогликемия\*
2. метаболический ацидоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия
3. метаболический алкалоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия
4. метаболический алкалоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия"

65. СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В  
НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л

1. 4,5-5,5 \*
2. 30-40
3. 65-75
4. 80-90"

66. ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ (ОЦК) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО  
СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ МЛ/КГ

1. 80-90\*
2. 100-120
3. 120-130
4. 140-160"

67. У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ЖИЗНИ МИНИМАЛЬНОЙ АДЕКВАТНОЙ  
СКОРОСТЬЮ ДИУРЕЗА МОЖНО СЧИТАТЬ \_\_\_\_ МЛ/КГ/ЧАС

1. 1-3 \*
2. 4-5
3. 6-7
4. 8-10"

68. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. непереносимость йода \*
2. острая почечная недостаточность \*
3. непереносимость белков коровьего молока
4. нарушение концентрационной способности почек "

69. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО  
РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ

1. в первые часы после рождения\*
2. к концу первого месяца жизни
3. в первое полугодие жизни
4. к концу первого года жизни"

70. НА КАКИХ ПРИЗНАКАХ, В ОСНОВНОМ, БАЗИРУЕТСЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ  
НОВОРОЖДЕННОГО В РЕАНИМАЦИИ?

1. наличие дыхания, частота сердечных сокращений, цвет кожных покровов и слизистых\*
2. наличие дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление
3. частота сердечных сокращений, величина артериального давления
4. наличие дыхания, реакция на осмотр"

71. ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО НЕОНАТОЛОГОМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. ежедневно, а по клиническим показаниям (при ухудшении состояния ребенка) не реже одного раза в три часа\*.
2. ежедневно
3. через каждые 6 – 7 часов

4. через каждые 12 часов"

72. КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ"?

1. пупочный\*
2. кишечный
3. кожный
4. отогенный"

73. ТУГОЕ ПЕЛЕНАНИЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

1. гиповентиляцию\*
2. апноэ
3. гипервентиляцию
4. нет правильного ответа"

74. СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ СМ

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

75. ПОВЫШЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С

1. неправильным уходом за слизистой\*
2. кислой реакцией среды полости рта
3. гиперсаливацией в полости рта
4. недостаточной васкуляризацией слизистой"

76. КАКОЙ ВИД ВСКАРМЛИВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОПТИМАЛЬНОЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА?

1. грудное \*
2. искусственное неадаптированными смесями
3. искусственное смесями, обогащенными минеральными веществами и витаминами
4. смешанное"

77. ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

1. врожденный вывих бедра\*
2. пороки развития отдельных костей
3. врожденные хондро- и остеодисплазии
4. наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»"

78. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ?

1. грудном\*
2. искусственном
3. смешанном
4. вид вскармливания не имеет значения"

79. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ ГРУППЫ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. применение грудного нативного молока\*
2. назначение ангиопротекторов
3. назначение цитостатиков
4. отказ от грудного молока"

80. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. возникновение первичной ЦМВИ во время беременности\*
2. реактивация латентной инфекции
3. персистенция других герпесвирусных инфекций
4. применение гормональной терапии у беременной"

81. ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие в анамнезе у родственников нейросенсорной тугоухости\*
2. масса тела < 2500 г
3. оценка по Апгар 6/6 баллов
4. наличие симптомокомплекса TORCH-синдрома"

82. К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ

1. олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт\*
2. мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
3. протеинурия и лейкоцитурия
4. лейкоцитурия и мочекислый инфаркт"

83. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ \_\_\_\_\_ ЖИЗНИ

1. 28 суток
2. 56 суток
3. 6 месяцев
4. 1 года"

84. РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО

1. 340 мкмоль/л и более\*
2. 250-300 мкмоль/л
3. 170-250 мкмоль/л
4. менее 170 мкмоль/л"

85. КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ?

1. открытый артериальный проток\*
2. коарктация аорты
3. аномальный дренаж легочных вен
4. дефект межжелудочковой перегородки"

86. СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У

1. доношенных с большой массой тела\*
2. переносных с внутриутробной гипотрофией
3. доношенных с внутриутробной гипотрофией
4. доношенных со средними массо-ростовыми показателями "

87. У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

1. отек мозга\*
2. перивентрикулярная лейкомаляция
3. менингоэнцефалит
4. субдуральное кровоизлияние"

88. КАКОЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

1. транспозиция магистральных сосудов\*
2. открытый артериальный проток
3. дефект межпредсердной перегородки

4. дефект межжелудочковой перегородки

89. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПРОВОДЯТ С:

1. лейкомоидными реакциями
2. инфекционным мононуклеозом
3. апластическими анемиями
4. всем перечисленным\*

90. ДЛЯ ЛЕЙКЕМОИДНЫХ РЕАКЦИЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. увеличение количества молодых форм лейкоцитов
2. повышение общего количества лейкоцитов
3. отсутствие пролиферативного синдрома
4. гиперплазия опухолевых клеток в красном костном мозге\*

91. Лейкемоидные реакции по нейтрофильному типу наблюдаются при

1. приеме глюкокортикостероидов\*
2. инфекционном мононуклеозе
3. ацидозе
4. алкалозе

90. НЕДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ С БОЛЕЗНЬЮ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ  $PAO_2$  ЦЕЛЕСООБРАЗНО УВЕЛИЧИТЬ

1. положительное давление в конце выдоха\*
2. концентрацию кислорода в газовой смеси
3. частоту дыхания
4. максимальное давление на вдохе"

91. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

1. вторичные приступы асфиксии\*
2. локальные хрипы
3. шум трения плевры
4. укорочение легочного звука

92. РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В

1. сетчатке и стекловидном теле\*
2. мышцах, регулирующих движение глазного яблока
3. костной ткани черепа
4. мышцах лица и шеи"

93. НА КАКОЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПНЕВМОНИЯ?

1. 5-6 \*
2. 1-2
3. 3-4
4. 7-8"

94. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?

1. обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)\*
2. пренатальное поражение ЦНС
3. асфиксия
4. внутричерепная родовая травма"

95. ГИПЕРТЕРМИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. гнойном менингите\*
2. некротизирующем энтероколите
3. сепсисе
4. очаговой бронхопневмонии"

96. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА?

1. апноэ\*
2. тахикардия
3. тремор конечностей
4. одышка"

97. БЕЛКОВО-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. макроцитарной анемией
2. микроцитарной анемией
3. снижением числа ретикулоцитов
4. нормоцитарной анемией\*

98. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ:

1. образованию гепсидина\*
2. неадекватно низкой продукции ЭПО
3. супрессии эритропоэза
4. гемолизу эритроцитов

99. В ТЕРАПИИ АНЕМИИ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. метилпреднизолон\*
2. мальтофер
3. метандростеналон
4. циклофосфамид

100. В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. повышением содержания железа\*
2. микроцитарной анемией
3. снижением содержания железа
4. гиперферментемией

### **5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи и вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Ситуационные задачи для оценки компетенции УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 УК-5  
ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2  
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Ребенок в возрасте 1 месяца, мужского пола. Мама жалуется на то, что ребенок беспокойный, «висит на груди».</p> <p>Ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом средней тяжести, обострением хронического пиелонефрита. Роды в срок, по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3150г. длина 50 см. К груди приложен в родзале. Выписан из роддома на 4 сутки в удовлетворительном состоянии, сосет активно, молока достаточно. В дальнейшем вскармливался по требованию, но с большими перерывами на сон. За первый месяц потерял в весе 50г. и вырос на 1,0 см. Мама желает сохранить грудное вскармливание. Объективно: состояние к удовлетворительному, кожные покровы чистые, подкожно-жировая клетчатка снижена. Масса тела 3100г., длина 51 см. По внутренним органам без особенностей. Мочится 5-6 раз. Стул 1 раз в два дня, кашицеобразный, без патологических примесей. При контрольном взвешивании высасывает за сутки 350 мл молока.</p>
В	1	Оцените вскармливание и лактацию.
Э	-	<p>В данном случае имеется два достоверных признака недостатка грудного молока (ВОЗ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточная прибавка в весе – потеря 50г. (в норме ребёнок должен набрать не менее 125г. в неделю или 500г. в месяц);</li> <li>2. редкие мочеиспускания – менее 6 раз/сут. (в норме количество мочеиспусканий должно быть более 6-8 раз/сут.).</li> </ol> <p>При контрольном взвешивании отмечается недостаток грудного молока.</p>
P2	-	Оценка вскармливания и лактации определена верно.
P1	-	Оценка вскармливания и лактации определена не полностью.
P0	-	Оценка вскармливания и лактации определена неверно.
В	2	Дайте рекомендации по нутритивной поддержке ребенка
Э	-	С учётом наличия гипогалактии рекомендовано назначение докорма и коррекция питания
P2	-	Тактика определена верно.
P1	-	Тактика определена не полностью. Часть рекомендаций не названа или обозначена неверно.
P0	-	Рекомендации определены неверно.

## Ситуационная задача 2

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Возраст ребенка 3 мес. Масса при рождении 3600, длина 50 см. При осмотре масса 6 кг 900 г, длина 59 см. Находится на искусственном вскармливании. Получает адаптированную молочную смесь по 150 мл через 3,5 часа, творог 50 г, сливки 50 мл в сутки. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, плохой аппетит, срыгивания, периодически рвоту. Появилась склонность к запорам, редкие мочеиспускания. При осмотре ребенок возбудимый, пастозный.
В	1	Найдите ошибки в проведении вскармливания ребенка.
Э	-	Раннее введение прикорма. Вследствие белкового перекармливания у ребенка развились симптомы белковой интоксикации (беспокойство, запоры, редкое мочеиспускание). Избыток массы тела составляет 15%.
Р2	-	Все ошибки в проведении вскармливания определены верно.
Р1	-	Ошибки в проведении вскармливания определены не полностью.
Р0	-	Ошибки в проведении вскармливания определены неверно.

## Ситуационная задача 3

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>У мальчика Е. 3-х лет после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула. Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились после введения в пищу козьего молока. Позже после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой.</p> <p>При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая оболочки рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.</p> <p>Общий анализ крови: эр.— <math>3,2 \times 10^{12}/л</math>, Нв — 112 г/л, лейкоц.— <math>7,0 \times 10^9 /л</math>, э — 12%, п/я — 5%, с — 34%, л — 45%, м — 4%, СОЭ — 6 мм/час.</p> <p>Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80). Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (норма — до 100 Ед/л)</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. Атопический дерматит.
Р2	-	Диагноз сформулирован верно
Р1	-	Диагноз сформулирован не полностью.
Р0	-	Диагноз сформулирован неверно.
В	2	Назначьте лечение
Э	-	Элиминационная диета. Гипосенсибилизирующие препараты.
Р2	-	Лечение определено верно.
Р1	-	Тактика лечения определена не полностью. Часть лечебных мероприятий не названа или обозначена неверно.
Р0	-	Тактика лечения определена неверно. Лечебные мероприятия обозначены неверно.

--	--	--

Ситуационная задача 4

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 4 лет. Мать предъявляет жалобы на запоры у ребёнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднён, ребёнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мать делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приёмом пищи, аппетит избирательный, снижен.</p> <p>Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учёте у врача невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 102 см, масса - 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налётом. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.</p> <p>Общий анализ крови: WBC – 7,5,0×10<sup>9</sup> /л, RBC – 4,2×10<sup>12</sup>/л, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.</p> <p>В копрограмме: непереваримая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь. УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.</p>
В	1	Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.

Э	-	Приём пищи 5-6 раз в сутки. Ребёнок должен получать продукты, содержащие клетчатку и пищевые волокна. Овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60% ежедневного рациона, и употребляться сначала в термически обработанном виде. Показано использование кисломолочных продуктов, содержащих пробиотики. Необходимо соблюдение питьевого режима, режима питания и разового объёма пищи. Количество жидкости 100-120 мл/кг в сутки.
P2	-	Характеристика диеты определена верно.
P1	-	Характеристика диеты определена не полностью.
P0	-	Характеристика диеты определена неверно.
В	2	Составьте индивидуальный план лечения пациента.
Э	-	Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество). Диета, питьевой режим. Физическая активность. Очистительные клизмы / микроклизмы / свечи. Слабительные средства
P2	-	П
P1	-	План лечения определен не полностью.
P0	-	План лечения определен неверно.

Ситуационная задача 5

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Мальчик 4-х лет, на приеме у педиатра: мать жалуется на наличие у ребенка выраженного зуда кожи в области ануса, периодических болей в животе, беспокойного сна. Анамнез заболевания: перианальный зуд появился примерно год назад, чаще беспокоил по ночам, ребенок стал раздражительным, плаксивым. В течение последних 2-3 недель у ребенка появились боли в животе, неустойчивый стул, нарушение аппетита. Указанные симптомы возникли вскоре после летнего отдыха в деревне, где мальчик в течение недели переболел ОРВИ, протекавшей с небольшим повышением температуры тела, покашливанием, увеличением подчелюстных и задне-шейных лимфатических узлов. Анамнез жизни: ребенок от 1 нормально протекающей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей. До 2-х лет ничем не болел, рос и развивался соответственно возрасту. На 3-ем году жизни дважды перенес ОРВИ, заболевания протекали легко. С 3-х лет стал посещать детский сад, с этих пор стал чаще болеть, перенес ангину, ветряную оспу, краснуху. При осмотре: мальчик правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, синева под глазами. Язык обложен беловатым налетом. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстой кишки, урчание по ходу кишечника, особенно в правой подвздошной области. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, иногда разжиженный, без патологических примесей. Мочиспускание не нарушено.</p> <p>Данные обследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анализ крови: Нв 110 г/л; эр. <math>3,4 \times 10^{12}/л</math>; лейкоц. <math>6,7 \times 10^9 /л</math>; п/я 2%, с/я 39%, лимф. 40%, эоз. 10%, мон. 10%. СОЭ 9 мм/ч.</li> <li>2. Соскоб на энтеробиоз: обнаружены яйца остриц.</li> </ol>
В	1	Предварительный диагноз, обоснование.
Э	-	Энтеробиоз. Анальный зуд, раздражительность, нарушение сна, в ОАК – эозинофилия, в кале обнаружены острицы.
P2	-	Правильно поставлен диагноз, обозначено обоснование
P1	-	Правильно поставлен диагноз, обоснование диагноза не обозначено или обозначено неверно
P0	-	Диагноз определен неверно. Обоснование не обозначено
В	2	В каких дополнительных обследованиях нуждается ребенок?
Э	-	Кал на я/глист, кровь на антитела к гельминтам.

P2	-	Дополнительное обследования определено верно
P1	-	Часть дополнительных обследований не названа или обозначена неверно.
P0	-	Дополнительные обследования не названы или названы неверно
B	3	Каковы методы профилактики данного заболевания?
Э	-	Профилактика - санация семейного очага, смена постельного белья, стирка с кипячением и прогладить утюгом.
P2	-	Методы профилактики определены верно.
P1	-	Методы профилактики обозначены не полностью. Часть профилактических мероприятий не названа или обозначена неверно.
P0	-	Методы профилактики определены неверно.

Ситуационная задача 6

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Мальчик 3 лет, на приеме у гастроэнтеролога с жалобами матери на недостаточную прибавку ребенка в весе, задержку физического развития, полифекалию, сниженный аппетит. Анамнез заболевания: примерно с 6-месячного возраста у ребенка появилась немотивированная плаксивость, вялость, которая порой сменялась приступами беспокойства и агрессивности. С этого же времени участился стул, стала отмечаться недостаточная прибавка в массе тела, появилась мышечная гипотония. Несмотря на указанные жалобы и симптомы, педиатр порекомендовал матери провести обследование ребенка после года. При этом питательный рацион постепенно расширялся, и в 9-месячном возрасте после введения печени отмечено резкое ухудшение состояния: появилась полифекалия, выросли признаки рахита, отмечена потеря ранее приобретенных навыков. В 2 года был перелом голени. В возрасте 2 лет 8 мес был установлен диагноз: Хронический энтероколит. По поводу данного заболевания ребенок на протяжении 4х месяцев постоянно получает сорбенты, ферментативные препараты, противомикробные препараты, но без видимого 33 клинического эффекта. Направлен на консультацию к гастроэнтерологу для решения вопроса о проведении обследования и уточнения диагноза. Анамнез жизни: мальчик от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на ранних сроках. Роды II в срок, путем кесарева сечения, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. До 4х-месячного возраста находился на естественном вскармливании, в 4 месяца введен первый прикорм рисовой кашей, а также яблочный, виноградный сок без сахара, овощные и фруктовые пюре; в 5,5 мес – овсяная каша. До этого времени рос и развивался соответственно возрасту. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Вес 12,7 кг, рост 90 см. Обращает на себя внимание бледность и сухость кожи, выраженные костные деформации, множественный кариес, мышечная гипотония. Со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем патологических отклонений не выявлено. Живот увеличен в размерах, вздут, при глубокой пальпации выражено «урчание» по ходу кишечника, определяется спазмированная сигмовидная кишка. Стул 4-5 раз в сутки, зловонный, полифекалия.</p>
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз.
Э	-	Целиакия типичная форма
P2	-	Диагноз сформулирован верно.
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Диагноз сформулирован неверно.

В	2	Перечислите основные схемы терапии, группы используемых препаратов, дозы для необходимого лечения.
Э	-	Диета с исключением продуктов, содержащих глютен, ферменты - 1000Ед/кг/сут.
Р2	-	Схема терапии определена верно.
Р1	-	Часть лечебных мероприятий не названа или обозначена неверно.
Р0	-	Лечебные мероприятия обозначены неверно.

Ситуационная задача 7

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На приёме у врача-педиатра участкового мать с 6 месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушинный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребёнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребёнок родился в срок, вес – 3300 г, рост – 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес.</p> <p>Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъёма температуры до 37,5°C, со слов матери, у ребёнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрёберных промежутках грудной клетки при вдохе.</p> <p>Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела – 36,6°C, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД – 32 в 1 минуту, пульс – 110 в 1 минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе.</p> <p>При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, нёбные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Врожденный стридор. Ларингоспазм
Р2	-	Диагноз сформулирован верно
Р1	-	Диагноз сформулирован не полностью.
Р0	-	Диагноз сформулирован неверно.

В	2	Назовите наиболее вероятные причины развития данной врожденной патологии.
Э	-	Наиболее частая причина - ларингомалация, которая часто встречается у недоношенных детей, у детей с гипотрофией, рахитом.
P2	-	Вероятные причины развития заболевания определены верно.
P1	-	Вероятные причины развития заболевания определены не полностью.
P0	-	Вероятные причины развития заболевания определены неверно.

Ситуационная задача 8

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Мать девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребёнка и повышенное потоотделение.</p> <p>Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребёнка здоровы. Роды в срок. Масса тела - 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружностью груди - 33 см, оценка по Апгар - 8 баллов. Закричала сразу. К груди ребёнок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический приём мать с ребёнком не явилась. Прогулки у ребёнка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введён. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.</p> <p>Физическое развитие: рост - 63 см, масса тела - 7500 г, окружность головы - 42 см, окружность груди - 43 см. Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берёт игрушку из разных положений, гулит.</p> <p>Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, пальпируются рёберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов - <math>3,9 \times 10^{12}</math>/л, цветовой показатель - 0,9; число лейкоцитов - <math>7,9 \times 10^9</math> /л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность полная, удельный вес - 1016 г/л, рН - кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.</p> <p>Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма - 2,3-2,8 ммоль/л). Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма - 1,3-1,8 ммоль/л).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Рахит период разгара, средней тяжести, острое течение.
Р2	-	Диагноз сформулирован верно.
Р1	-	Диагноз сформулирован не полностью.
Р0	-	Диагноз сформулирован неверно.

В	2	Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства
Э	-	Рациональное вскармливание по возрасту, постепенное введение прикормов. Прогулки от 2 до 6 часов в сутки в зависимости от времени года. Водный раствор витамина D в дозе 3000 – 4000 МЕ/сутки (для средней степени тяжести) в течение 30 – 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу. Через 2 недели от начала медикаментозной терапии лечебная гимнастика, массаж.
P2	-	Курс лечения назначен верно.
P1	-	Курс лечения назначен не полностью.
P0	-	Курс лечения назначен неверно.

Ситуационная задача 9.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырёх дней.</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощён. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 130 см, вес 21 кг. При ходьбе хромает. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа гиперемирована, суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности. Отмечается деформация правого коленного и левого голеностопного суставов. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В лёгких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на лёгочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – <math>4,5 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты – <math>12,4 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл.</p> <p>По ЭхоКГ отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острая ревматическая лихорадка. Эндокардит с поражением митрального клапана. Артрит левого голеностопного и правого коленного суставов.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Холтеровское мониторирование ЭКГ и АД УЗИ коленного и голеностопного суставов
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 10.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Девочка Даша Н. 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°С в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж.</p> <p>Анамнез: девочка больна в течение последних трёх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела 37,7°С. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острая ревматическая лихорадка. Ревматический вальвулит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара.
Э	-	<p>ОАК</p> <p>Биохимия крови</p> <p>АСЛО</p> <p>ЭКГ</p> <p>ЭХО-КГ</p>

P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными? Какова тактика ведения такого больного на участке?
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 11.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик М. 11 лет предъявляет жалобы на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Папа ребёнка страдает бронхиальной астмой. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - <math>3,9 \times 10^{12}</math>/л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - <math>495 \times 10^9</math> /л, лейкоциты - <math>12,5 \times 10^9</math> /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты -22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л. Об-</p>

		<p>щий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-1 в п/з, эритроциты -5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Геморрагический васкулит (болезнь Шенлен-Геноха), кожно-суставной вариант.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Коагулограмма Контроль ОАМ через 3 недели после появления высыпаний УЗИ пораженных суставов

P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте профилактические мероприятия.
P2		Профилактические мероприятия назначены верно
P1		Профилактические мероприятия назначены не полностью
P0		Профилактические мероприятия назначены неверно

Ситуационная задача 12.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>На приёме девочка М. 13 лет с жалобами на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет, высыпания на лице и нижних конечностях, носовое кровотечение, отёчность коленных и голеностопных суставов, головные боли, головокружение. Из анамнеза заболевания известно, что около 2 месяцев назад (после перенесённого тяжёлого гриппа) появилась и стала нарастать слабость, недомогание и повышенная утомляемость, затем присоединился субфебрилитет, который длится уже месяц. При обследовании: антинуклеарный фактор – положительный, ревматоидный фактор – положительный. Неделю назад появилась отёчность и боль при движениях в коленных и голеностопных суставах. Три дня назад присоединились геморрагические высыпания на нижних конечностях и на лице; вчера - обильное длительное кровотечение из обеих половинок носа, которое рецидивировало в течение суток. Из анамнеза жизни: от пятой беременности, первых родов (предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках). Беременность протекала на фоне гестоза I и II половин, угрозы прерывания в 24 недели. Роды в срок, самостоятельные, к груди приложена на 1-е сутки, естественное вскармливание до 4-х месяцев, затем коровье молоко и прикормы. Из перенесённых заболеваний: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа, корь, с 8 лет хронический пиелонефрит с ежегодными обострениями, по поводу которых получала уросептики. Аллергический анамнез неотягощен. Наследственность отягощена, по линии матери в семье: ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия, со стороны отца - цирроз печени, хронический пиелонефрит. При осмотре: температура 37,5°C, АД 145-150/95 мм рт. ст., кожные покровы и видимые слизистые бледные, на стопах и голенях большое количество петехий и единичные полихромные экхимозы; на щеках и спинке носа гиперемированные пятна округлой формы (в виде бабочки), которые при физической и эмоциональной нагрузке становятся более заметными и пульсируют. В носовых ходах геморрагические корочки. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объёме, отёчные с экссудативным компонентом, кожа над ними нормальной окраски, горячая; затруднение активных и пассивных движений. Горизонтальный нистагм. Со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, селезёнка + 1 см, оба органа мягкие, эластичные, безболезненные. Стул, диурез б/о. Дизурических расстройств нет. При обследовании: общий анализ мочи: реакция - кислая, цвет светло-жёлтая, удельный вес 1004, сахар отрицательный, белок 0,645 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения. Клинический анализ крови: эритроциты 3,8×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 84 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты – 48,5×10<sup>9</sup> /л, лейкоциты 3,6×10<sup>9</sup> /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 22%, м-3%, СОЭ 38 мм/ч.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Системная красная волчанка. Люпус-нефрит?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	п	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Суточное мониторирование АД Нефробиопсия Иммуноблот УЗИ пораженных суставов
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.
P2		Профилактические мероприятия назначены верно
P1		Профилактические мероприятия назначены не полностью
P0		Профилактические мероприятия назначены неверно
Ситуационная задача 13.		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

у	-	<p>Девочка, 11 мес., заболела остро с подъема температуры до фебрильных цифр. Участковым врачом была диагностирована острая респираторная вирусная инфекция, рекомендована симптоматическая терапия. На третий день болезни на шее, затем на спине, животе появились полиморфные пятнисто-папулезные элементы, которые были расценены как аллергическая реакция на прием жаропонижающих. Лихорадка сохранялась. Кроме того, отмечались снижение аппетита, рвота, вялость. На четвертые сутки заболевания ребенок госпитализирован в отделение патологии детей раннего возраста. При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура тела 38С. Сознание ясное. Ребенок вялый, плач слабый. Отмечалась бледность кожных покровов, на спине, животе, конечностях – пятнисто-папулезная сыпь, уплотнение и покраснение места введения вакцины БЦЖ на левом плече. Явления конъюнктивита. В зеве – яркая гиперемия, рыхлость, зернистость, без налетов. Пальпировались шейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. В легких – дыхание жесткое, хрипов не выслушивалось, частота дыхания 26 в минуту. Границы относительной сердечной тупости соответствовали возрастной норме. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпировалась у края реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме. На фоне выраженных симптомов интоксикации присоединились явления стоматита, хейлита, отмечались изменения языка – малиновый язык, затем на 9-й день болезни появился суставной синдром – отечность, гиперемия дорсальной поверхности кистей и стоп. Кроме того, с 12-х суток заболевания началась десквамация кожи пальцев рук и ног.</p> <p>Лабораторно в общем анализе крови гемоглобин 109 г/л, лейкоциты 9,4*10 тыс/мкл, нейтрофилы 18% палочкоядерные, 46% сегментоядерные, СОЭ 52 мм/час. со второй недели заболевания тромбоциты до 1246*10<sup>9</sup>/л на 11-й день болезни. Коагулограмма увеличения уровня фибриногена, ускорения активированного частичного тромбопластинового времени, снижения антитромбина III, увеличения О-фенантролинового теста. в биохимии крови увеличение С-реактивного белка, гаптоглобина. ПКТ в норме. Рентгенография грудной клетки – легочные поля без инфильтративных изменений, сердце – выражено правое предсердие и левый желудочек, выбухает дуга легочной артерии. Проводилось обследование на герпес-вирусы: кровь, ликвор на CMV, EBV, HSV 1, 2 методом ПЦР – отрицательно. ЭКГ – синусовая тахикардия, чсс 152 в минуту. ЭхоКГ – показатели гемодинамики снижены, на митральном клапане регургитация 2–3-й степени, умеренная дилатация полости левого предсердия, диаметр коронарных артерий расширен до 5 мм.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз

Э	-	Болезнь Kawasaki
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	2. К какой группе заболеваний относится данная патология
Э	-	Системный васкулит с поражением мелких сосудов
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно
Ситуационная задача 14.		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>Больная З., 17 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на зябкость и онемение пальцев кистей и стоп, отечность тыла кистей, изменение цвета кожных покровов кистей под влиянием холода или волнения (посинение дистальных фаланг пальцев рук сменяется их покраснением), боли в лучезапястных и мелких суставах кистей, преимущественно в утренние часы и сопровождающиеся утренней скованностью в течение 1 ч, затруднение проглатывания твердой пищи (вторые блюда запивает водой), периодическое ощущение сухости во рту, выраженную общую слабость.</p> <p>Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда впервые стала отмечать зябкость и онемение пальцев кистей, боли в ногтевых фалангах пальцев рук, провоцируемые воздействием холода. При проведении рентгенографического исследования кистей в прямой проекции были обнаружены остеопороз суставных концов фаланг пальцев и головок II-V пястных костей, сужение щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов, кистовидные просветления оснований II-IV пястных костей и костей запястья. На основании клинико-рентгенологических данных больной выставлен диагноз ревматоидного артрита и назначены диклофенак в дозе 150 мг/сут. и гидроксихлорохин 400 мг/сут., после 4 месяцев лечения состояние пациентки оставалось прежним.</p> <p>В этой связи была консультирована ревматологом, который при объективном осмотре выявил гиперпигментацию кожи лица, туловища и конечностей, «маскообразность» лица с утолщением кожи лба, щек и истончением губ, затруднение при нахмуривании лба, формирующийся «кисет» вокруг рта, «плотный» отек пальцев и тыла кистей (кожа в складку не собирается), кисти синюшные, холодные на ощупь, с большим трудом сжимаются в кулак, сгибательные контрактуры дистальных межфаланговых суставов кистей, дигитальные рубчики на подушечках пальцев рук, деформация ногтевых пластинок с поперечной исчерченностью.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Системная склеродермия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Иммуноблот Фиброзофгогастроскопию
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 15.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик 2,5 лет заболел 2 недели назад, когда появилась фебрильная лихорадка, значительно ухудшилось самочувствие, жаловался на боли в ручках и ножках, перестал вставать. При прикосновении к нему ребенок плакал. Ночью не спал, болевой синдром значительно усиливался.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, страдальческое выражение лица, все время плачет, негативен при осмотре и прикосновении к рукам и ногам, не сидит, не стоит. При осмотре кожа бледная, яркое древовидное ливедо в области ягодиц, на стопах, кистях; по ходу сосудов на предплечьях пальпируются болезненные узелки, кожа дистальных фаланг пальцев холодная на ощупь, отечная, цианотичная. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердце – тоны громкие, ритмичные, тахикардия, ЧСС – 140 в минуту, отчетливые шумы не выслушиваются. АД 125/90 мм рт.ст Печень +3 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки.</p> <p>Общий анализ крови: Hb – 124 г/л; тромбоциты – 500 x 10<sup>9</sup>; лейкоциты – 28 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы – 75 %, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 54 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: повышен уровень С-реактивного белка до 15 мг/л.</p> <p>Общий анализ мочи: микропротеинурия.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз

Э	-	Узелковый полиартериит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Коагулограмма Суточное мониторирование АД Нефробиопсия Иммуноблот УЗИ пораженных суставов
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 16

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---	---

У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 4 суток жизни. Из анамнеза известно: беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных родов, наблюдалось двухкратное обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Масса тела 3450 г, длина - 52 см.</p> <p>Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.</p> <p>Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.</p> <p>Выписан из роддома на 4 сутки с уровнем билирубина 134 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.</p> <p>При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.</p> <p>Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).</p> <p>Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.</p> <p>Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,0x2,0 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.</p> <p>Стул мазевидный, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку.</p>
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС.</p> <p>Группа здоровья: II.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	2	Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.

Э	-	На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 6/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
Э	-	Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
Э	-	Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно

В	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.
Э	-	Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.
P2	-	План прививок составлен верно
P1	-	План прививок составлен не полностью
P0	-	План прививок составлен неверно
		Ситуационная задача 17
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На амбулаторном приёме мама с девочкой 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.</p> <p>Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю.</p> <p>Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребёнок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 1,5 см и шириной 0,5см.</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0x2,5 см. Масса - 3500 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.</p> <p>Психометрия:  Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;  Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;  Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;  До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.

Э	-	<p>1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).</p> <p>2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).</p> <p>3 критерий не отягощён НПП 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «ВПП, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.</p> <p>Группа здоровья: IV.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.

Э	-	<p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут,</li> <li>• бодрствование по 1-1,5 часа,</li> <li>• сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа.</li> <li>• питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока.</li> </ul> <p>В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор.</p> <p>Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПП:</p> <p>Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.</p> <p>Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.</p> <p>Упражнения комплекса № 1 включают:</p> <p>Поглаживающий массаж рук, ног.</p> <p>Выкладывание на живот.</p> <p>Поглаживающий массаж спины.</p> <p>Массаж живота по часовой стрелке.</p> <p>Рефлекторное ползание.</p>
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний.

Э	-	<p>Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери.</p> <p>Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.</p> <p>Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания.</p> <p>Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности).</p> <p>Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребёнку в возрасте до 2 месяцев.
Э	-	БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
		Ситуационная задача 18
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц жизни. Вскармливание – грудное. Мать жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Температура нормальная. Контакт с инфекционными больными мать исключает.</p> <p>При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребёнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.</p> <p>Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 36 недель гестации; оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен по следующим основаниям:</p> <p>Ребёнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия. Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке). Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	<p>Копрограмма: кислая реакция кала (&lt;5,5).</p> <p>Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (&gt;0,25%).</p>

P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Сформулируйте рекомендации по лечению.
Э	-	Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты семитикона). Местное лечение перианального дерматита.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
В	5	Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?
Э	-	Индивидуальный подбор дозы путём постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
		Ситуационная задача 19
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 3-х недель жизни приехала из сельской местности в город к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсокозом в I и II триместрах беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений не было, не лечилась.</p> <p>Роды на 40-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, со слов матери и родственников сосёт вяло, активность снижена. Матери 18 лет, заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, крик слабый, реакция на осмотр очень вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 40 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Диффузная мышечная гипотония.</p>
В	1	Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
Э	-	<p>Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия.</p> <p>Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст.</p> <p>Риск частых респираторных заболеваний в периоде социальной адаптации. Риск развития анемии и рахита. Группа социального риска. Группа здоровья III.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?

Э	-	В первые дни жизни ребёнка в обязательном порядке проводится анализ крови из пятки, это исследование называется «скрининг новорождённого» проводят исследования на наличие как минимум пяти тяжёлых наследственных заболеваний: фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз (кистозный фиброз).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	3	Определить степень недостаточности питания у ребёнка.
Э	-	У ребёнка белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) I ст. В зависимости от степени дефицита массы тела различают три степени гипотрофии: - при гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет от 10 до 20%; - при гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет уже от 20 до 30%; - если дефицит массы тела превышает 30%, то это уже гипотрофия III степени. У пациента имеет место гипотрофия I степени (дефицит массы около 11%).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите суточный объём питания ребёнку, объём докорма и предпочтения в смесях при назначении докорма.

Э	-	<p>Необходимо проведение контрольного взвешивания ребёнка с последующей коррекцией питания.</p> <p>Суточный объём питания рассчитывается на должную массу тела, которую ребёнок должен иметь по возрасту - 3540,0 г, то есть 1/5 от 3 540,0 - 708,0 (700,0) в сутки; Число кормлений 7 (через 3 часа), на одно кормление - 100,0 мл. При наличии у мамы 70,0 мл грудного молока на кормление, докорм проводится в объёме 30,0 мл на одно кормление.</p> <p>Для докорма используются адаптированные смеси (формула 1) или смеси для маловесных и недоношенных детей. Расчёты основных пищевых веществ рациона больного проводятся исходя из возрастных физиологических норм на 1 кг его массы тела.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.
Э	-	<p>Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ.</p> <p>Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки.</p> <p>В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи.</p> <p>«Д» учёт у врача-невролога.</p> <p>Реабилитация и восстановительное лечение.</p>
P2	-	План профилактических мероприятий составлен верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
		Ситуационная задача 20
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

у	-	<p>Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Д. в возрасте 5 дней. Из анамнеза известно, что ребёнок от женщины 28 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды срочные, отмечалась слабость родовой деятельности, стимуляция -окситоцином. Первый период - 14 часов, 35 минут, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4530 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения ребёнок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объём активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение Серноокислой магниезией, Викасолом, на пятые сутки выписан домой.</p> <p>При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность при осмотре. Пупочная ранка сухая, чистая. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под рёберного края на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый, мазевидный. Окружность головы 37,5 см, большой родничок 2,5×2,5 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Выражена мышечная дистония, в левой руке тонус снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах, движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Родовая травма шейного отдела позвоночника. Парез левой руки.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания: хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, неправильное положение руки. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцей слева не вызывается.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника и ключицы.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
Э	-	Показана консультация врача-невролога, врача-хирурга, врача-ортопеда.
P2	-	План обследования специалистами составлен верно
P1	-	План обследования специалистами составлен не полностью
P0	-	План обследования специалистами составлен неверно
В	5	С какого возраста данному ребёнку необходимо начать проведение профилактики рахита?
Э	-	Рекомендуются препараты витамина Д3 с 28 дневного возраста.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
		Ситуационная задача 21

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На приёме повторно мама с девочкой Л. 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.</p> <p>Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.</p> <p>При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	<p>Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ);</li> <li>- биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа);</li> <li>- определение уровня экскреции углеводов с калом;</li> <li>- копрологическое исследование;</li> <li>- водородный дыхательный тест;</li> <li>- анализа кала на микрофлору;</li> <li>- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;</li> <li>- консультация врачом-генетиком.</li> </ul>
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.

Э	-	<p>1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание.</p> <p>2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар».</p> <p>3) Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребёнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребёнку ферментированное молоко. Приложить ребёнка к груди.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.
Э	-	Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клиничко-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

Ситуационная задача 22.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок от 2-й физиологически протекавшей беременности, 2-х самопроизвольных родов в сроке 39–40 недель гестации. Маме 43 года, от проведения пренатального скрининга - отказ. При рождении масса – 3450 г., длина – 50 см. Оценка по шкале АПГАР – 7/8 баллов. В связи с характерным генотипом проведено кариотипирование и выявлен трисомия по 21 паре хромосом. ОАК в 1 месяц и в 1 год в пределах возрастной нормы. В возрасте 1 года 2 месяцев у ребенка поднялась температура до субфебрильных значений (37,5–37,8 °С), отмечалась припухлость десен. Девочка стала капризной, бледной, мало двигалась, отказывалась от еды. Появилась отечность лица. ОАМ - протеинурия 0,06 г/л. ОАК - гемоглобин 78 г/л, эритроциты 2,8*10<sup>12</sup>/л, лейкоциты 8,0 10<sup>9</sup>/л, тромбоциты 84 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 41 мм/ч.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз

Э	-	Острый лейкоз? Синдром Дауна
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Миелограмма с проведением цитохимического, иммунологического и молекулярно-генетического исследования
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
В	3	Характерно ли данное состояние для больных с трисомией по 21 паре? Почему?
Э		Да, характерно, ассоциировано с мутациями в гене GATA1
P2		Ответ верен
P1		Ответ дан не полностью
P0		Ответ неверен

Ситуационная задача 23.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>16-летняя девушка поступила в отделение неотложной помощи с жалобами на усиление одышки, связанной с недомоганием и головными болями. Заболела 4 дня назад, тест на COVID-19 положителен. При поступлении температура 37,9°C, сатурация кислородом 85% на комнатном воздухе, ЧСС 112/мин, частота дыхания 31/мин. Начат прием дексаметазона по 6 мг в сутки в течение 10 дней и эноксапарина, а также проводилась респираторная поддержка.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 94 г/л, MCV 82,9, MCH 27,3, лейкоциты 27,8 x 10<sup>9</sup>/л с абсолютным числом нейтрофилов 20,2 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 100 мм/ч.</p> <p>ОАК повторно: WBC 70,9 x 10<sup>9</sup>/л и нейтрофилы 44,01 x 10<sup>9</sup>/л), метамиелоциты (9%), миелоциты (6%), лимфоциты 5,67 x 10<sup>9</sup>/л, моноциты 2,13 x 10<sup>9</sup>/л, токсическая зернистость нейтрофилов. Посевы крови, аспирата из трахеи, наконечника центрального венозного катетера и посева мочи были отрицательными.</p> <p>Прокальцитотин был ниже 0,1 нг/мл</p>

В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Лейкемоидная реакция нейтрофильного типа
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Каков механизм развития лейкемоидной реакции у данного ребенка? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Длительная инфекция вызывает в костном мозге пролиферацию клеток-предшественников, а так же также продукцию цитокинов, таких как интерлейкин 1 и фактор некроза опухоли. Лейкоцитоз возникает в результате высвобождения клеток из костного мозга под влиянием также интерлейкина 1 и фактора некроза опухоли, при этом наблюдается сдвиг нейтрофилов влево. С острым лейкозом
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными? Какова тактика ведения такого больного на участке?
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 24.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент М, 9 лет. В гемограмме: гемоглобин 96 г/л, тромбоциты $68 \times 10^9$ /л, лейкоциты $2,5 \times 10^9$ /л, бласты 56%. Носовое кровотечение, распространенная геморрагическая сыпь на коже. В миелограмме: бласты 78% с большим количеством палочек Ауэра, лежащих пучками. Цитохимия: МПО, Судан В положительные, нафтилэстераза - отрицательная. PAS-реакция положительная. По ПЦР выявлен PML-RARa.

В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острый промиелоцитарный лейкоз
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Миелограмма с проведением цитохимического, иммунологического и молекулярно-генетического исследования
Р2	-	Перечислены верно.
Р1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
Р0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Представьте лечение с учетом патогенеза задержки физического развития ребенка.
Р2		Лечение назначено верно
Р1		Лечение назначено не полностью
Р0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 25.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Девочка 3 мес. В возрасте 1 мес ОАК – гемоглобин 120 г/л, нейтрофилы 0,71 Г/л, далее гемоглобин на тех же цифрах, нейтропения абсолютная (0,4-0,43-0,7 Г/л). Однократно паронихий, лечение местное. В весе прибыла достаточно.</p> <p>Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные, чистая. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Нейтропения, наиболее вероятно циклическая нейтропения детского возраста.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Молекулярно-генетическое обследование - панель наследственные нейтропении либо Панель "Наследственные заболевания крови» Консультация генетика
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 26.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Елизавета, 11 мес. У папы – циклическая нейтропения. У ребенка м 1 мес жизни – повторные эпизоды гнойных инфекций (панариции, абсцессы) с фебрилитетом, стоматиты. В ОАК падение нейтрофилы до $0,02 \cdot 10^9$ Г/л, моноцитоз, гипохромная анемия. Проведена КМП, данных за аплазию нет. Обследована в г. Москва, институт имени Д. Рогачева, взята генетическая панель, в работе. Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, бледные. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.
B	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Циклическая нейтропения
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Молекулярно-генетическое обследование - панель наследственные нейтропении либо Панель "Наследственные заболевания крови» Консультация генетика
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 27.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик, 4 мес В возрасте 1 мес ОАК – гемоглобин 113 г/л, нейтрофилы 2 Г/л, далее гемоглобин на тех же цифрах, MCV 76, нейтропения абсолютная (0,61-0,47 Г/л). Лечение у ЛОР-врача по поводу ринофарингита , герпетической этиологии? В весе прибыл недостаточно. Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные, гнейс на волосистой части головы. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.
B	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Циклическая нейтропения
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	п	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Молекулярно-генетическое обследование - панель наследственные нейтропении либо Панель "Наследственные заболевания крови» Консультация генетика
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 28.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	11-летняя девушка При профосмотре в спортивной школе в ноябре выявлена лейкопения за счет нейтропении. В сентябре отец перенес короновиральную инфекцию, у девочки ПЦР и антитела отрицательные. Периодически высыпания на губах, у мамы также herpes labialis. В последнем ОАК нейтрофилы 1,24 Г/л, лейкоциты 3,55 Г/л. Уровень витамина Д 18 нг/мл. Семейный анамнез не отягощен. Р. Манту -отр Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, бледные, очень сухие, гиперкератоз локтей. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень , селезенка, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Вторичная нейтропения на фонеинфекции (короновиральная инфекция? Инфекции герпес-группы?)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	п	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	ОАК в динамике ПЦР к герпесу 1 и 2 типа Консультация инфекциониста
Р2	-	Перечислены верно.
Р1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
Р0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
Р2		Лечение назначено верно
Р1		Лечение назначено не полностью
Р0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 29

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	5-летняя девочка При профосмотре при оформлении в ДДУ выявлено повышение уровня тромбоцитов до $800-950-1300 \cdot 10^9/\text{л}$ . Семейный анамнез неотягощен. Р. Манту -отр Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Эссенциальная тромбоцитемия?
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Миелограмма Молекулярно-генетическое исследование крови (качественная ПЦР на наличие мутации V617F гена JAK2, а при ее отсутствии — определение мутаций генов CALR, MPL) УЗИ органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки; трепанобиопсия костного мозга с гистологической оценкой и гистохимическим исследованием для выявления ретикулиновых и коллагеновых волокон.
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 30

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	15-летний мальчик При профосмотре выявлена спленомегалия (селезенка +4 см из-под края реберной дуги). Общий анализ крови: гемоглобин 116 г/л, тромбоциты $468 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоциты $22,5 \times 10^9/\text{л}$ , метамиелоциты - 1%, миелоциты 16%, бласты 0%. Семейный анамнез не отягощен. Р. Манту -отр Объективно Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. По внутренним органам без особенностей. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, селезенка +4 см из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, периферические лимфоузлы не увеличены. Мочится свободно, стул регулярный.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Хронический миелолейкоз, хроническая фаза?
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Миелограмма Молекулярно-генетическое исследование крови (качественная ПЦР на наличие химерного гена BCR/ABL) УЗИ органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки;
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

5.1.2 Вопросы для собеседования для оценки компетенции УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

1. Организация охраны материнства и детства в стране.
2. Принципы диспансеризации детей. Группы здоровья.
3. Подготовка беременной женщины к материнству. Дородовый патронаж.
4. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка.
5. Уход за новорожденным.
6. Пограничные состояния периода новорожденности.
7. Понятие о естественном вскармливании.
8. Смешанное и искусственное вскармливание.
9. Периоды, время и техника введения прикорма на 1 году жизни ребенка.
10. Профилактика гипогалактии.
11. Физическое развитие детей. Методы оценки физического развития.
12. Нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни, второго, третьего года жизни.
13. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика исследования.
14. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Методика исследования.
15. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Методика исследования.

16. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Методика исследования.
17. Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения у детей.
18. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка и уход за ним.
19. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Методика исследования.
20. исследования.
21. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у детей.
22. Анатомо-физиологические особенности ЦНС и органов чувств у детей.
23. Анатомо-физиологические особенности иммунитета у детей.
24. Этапы внутриутробного развития. Влияние вредных факторов на плод.
25. Белковое-Энергетическая недостаточность. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
26. Рахит у детей. Классификация, этиология, патогенез. Диагностика и лечение рахита у детей. Принципы лечения и профилактики рахита у детей.
27. Анемии. Классификация и диагностика.
28. Железодефицитные анемии. Клиника, диагностика, лечение.
29. Гемолитические анемии. Клиника, диагностика, лечение.
30. Апластические анемии. Клиника, диагностика, лечение.
31. Коагулопатии врожденные и приобретенные. Клиника, диагностика, лечение.
32. Нейтропении. Клиника, диагностика, лечение.
33. Тромбоцитопении врожденные и приобретенные. Клиника, диагностика, лечение.
34. Тромбоцитопатии врожденные и приобретенные. Клиника, диагностика, лечение.
35. Острый лейкоз у детей. Клиника, диагностика, лечение.
36. Геморрагический васкулит у детей. Особенности клиники. Диагностика, лечение.
37. Бронхиты у детей. Клиника, диагностика, лечение.
38. Пневмонии у детей. Классификация, диагностика и лечение.
39. Бронхиальная астма, Этиопатогенез, клинические варианты. Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей.
40. Плевриты. Клиника, диагностика, лечение.
41. Дыхательная недостаточность. Клиника, диагностика, лечение.
42. Врожденные пороки сердца у детей. Клиника, диагностика.
43. Острая ревматическая лихорадка у детей. Особенности патогенеза, клинические варианты. Диагностические критерии. Принципы лечения и профилактики.
44. Ювенильный ревматоидный артрит. Современные концепции этиопатогенеза. Особенности клинического течения у детей.
45. Системная красная волчанка. Клиника, диагностика, лечение.
46. Гемолитико-уремический синдром. Пиелонефрит у детей. Этиопатогенез и клиника заболевания. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей.
47. Нефротический синдром у детей. Клинические формы. Диагностика, лечение.
48. Гастриты и гастродуодениты у детей. Особенности этиопатогенеза, классификация, клиника. Диагностика и лечение гастритов у детей.
49. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Клиника, диагностика, лечение.
50. Заболевания гепатобилиарного тракта у детей. Особенности клиники и диагностики панкреатита у детей. Гельминтозы у детей. Клиника, диагностика, лечение.

51. Сахарный диабет у детей. Особенности клинического течения. Диагностика, лечение.
52. Гипотиреоз. Диагностика, лечение.
53. Заболевания надпочечников у детей. Клиника, диагностика, лечение.
54. Судорожный синдром. Неотложная помощь.
55. Гипертермии у детей. Неотложная помощь.
56. Внутриутробные инфекции. Клиника, диагностика и лечение токсоплазменной инфекции у детей.
57. Вакцинация детей. Поствакцинальные реакции и осложнения на профилактические прививки у детей.
58. Перинатальные поражения ЦНС. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
59. Гнойно-септические заболевания у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Этиопатогенез. Клиника, лечение.
60. Желтухи у детей раннего возраста. Гемолитическая болезнь новорожденных. Классификация, клиника, лечение.

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными не существенными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Халецкая Ольга Владимировна, зав. кафедрой госпитальной педиатрии, д.м.н., профессор

Яцышина Елена Евгеньевна, доцент кафедры госпитальной педиатрии, к.м.н., доцент

Обухова Анна Николаевна, ассистент кафедры госпитальной педиатрии, к.м.н.

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023г.