

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Кубанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

Согласовано:

Декан ФПК и ППС

«23» 05 2019 г.

Утверждаю:

Проректор по ЛР и ПО

Крутова В.А.



05 2019 г.

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

### ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для специальности 31.08.19 «Педиатрия»

Факультет ФПК и ППС

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

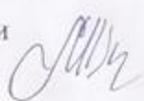
Форма обучения ординатура

Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности «Педиатрия» составлена на основании ФГОС к структуре основной профессиональной образовательной программы в ординатуре, утвержденных приказом Минобрнауки России «25» августа 2014 г., № 1060 и учебного плана по специальности «Педиатрия».

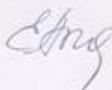
**Разработчики рабочей программы:**

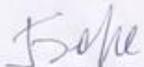
Зав. каф. педиатрии с курсом неонатологии  Е.И. Клещенко  
ФПК и ППС, профессор, д.м.н.

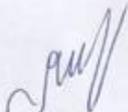
Доц. каф. педиатрии с курсом неонатологии  Д.А.Каюмова  
ФПК и ППС, к.м.н.

Доц. каф. педиатрии с курсом неонатологии  М.Г.Кулагина  
ФПК и ППС, к.м.н.

Ассистент каф. педиатрии с курсом неонатологии  А.Ф.Комаров  
ФПК и ППС, к.м.н.

Ассистент каф. педиатрии с курсом неонатологии  Е.П.Апалькова  
ФПК и ППС

Ассистент каф. педиатрии с курсом неонатологии  Е.В.Боровикова  
ФПК и ППС

Ассистент каф. педиатрии с курсом неонатологии  М.П. Яковенко  
ФПК и ППС, к.м.н.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры  
педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

«13» 05 2019 г., протокол заседания № 19

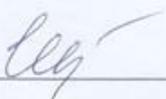
Заведующая кафедрой педиатрии  
с курсом неонатологии ФПК и ППС  
профессор, д.м.н.



Е.И. Клещенко

**Рецензент**

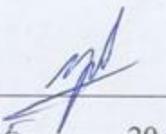
Зав. кафедрой педиатрии №1  
профессор, д.м.н.



В.А. Шашель

Согласовано:

Председатель методической комиссии



Заболотских И.Б.

Протокол № 13 от «23» 05 2019 года.

## ВВЕДЕНИЕ

Государственная итоговая аттестация по программе **ординатуры** по специальности 31.08.19 «Педиатрия» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по педиатрии в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие основную профессиональную образовательную программу **ординатуры** по специальности 31.08.19 «Педиатрия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца об окончании ординатуры, соответственно освоенной программе и сертификат специалиста.

### **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ЦЕЛЬ:**

выявление теоретической и практической подготовки врача-специалиста по педиатрии, а также совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача- педиатра, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

### **ЗАДАЧИ:**

Оценить уровень подготовки по следующим видам профессиональной деятельности:

1) профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

2) диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

3) лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

4) реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5) психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

б) организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

-

### **3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Трудоемкость государственной итоговой аттестации – 108 академических часов

(3 3E).

#### 4. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три

этапа: 1 этап – проверка освоения практических умений;

2 этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;

3 этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам.

#### 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

- 1) тесты для компьютерного тестирования;
- 2) вопросы к экзамену;
- 3) билеты к экзамену;
- 4) ситуационные задачи

#### Примеры тестовых заданий

Вид	Код	Текст вопроса задания/ вариантов ответа
В	001	РЕБЕНОК С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	III
О	Б	I
О	В	II
О	Г	IV
В	002	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ ИЗ РАЦИОНА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ
О	А	животного происхождения с высоким содержанием белка
О	Б	богатые простыми углеводами
О	В	богатые сложными углеводами
О	Г	глютенсодержащие
В	003	ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ
О	А	живыми вакцинами
О	Б	корпускулярными вакцинами
О	В	рекомбинантными вакцинами
О	Г	анатоксинами

В	004	ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
О	А	устранение контакта со значимыми аллергенами
О	Б	предотвращение развития аллергической сенсibilизации
О	В	исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периода
О	Г	укрепление иммунитета
В	005	ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О	А	проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии
О	Б	проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
О	В	проводится по желанию родителей
О	Г	не проводится
В	006	ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦ (МЕСЯЦА)
О	А	3
О	Б	1
О	В	2
О	Г	6
В	007	СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ ПОДРОСТКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МКГ
О	А	200
О	Б	50
О	В	10
О	Г	500
В	008	ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

О	А	дефицита йода
О	Б	дефицита селена
О	В	недостатка железа
О	Г	дефицита кальция
В	009	НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отягощенная наследственность
О	Б	особенность пищевого поведения
О	В	низкий уровень физической активности
О	Г	нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом
В	010	ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	наследственная предрасположенность
О	Б	нейроинфекция
О	В	длительное лечение стероидными препаратами
О	Г	хроническое соматическое заболевание
В	011	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА
О	А	консультация окулиста с исследованием глазного дна
О	Б	рентгенография органов грудной клетки и консультация диетолога
О	В	консультация психолога
О	Г	консультация диетолога
В	012	К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ
О	А	кетоацидоз
О	Б	диабетическая нефропатия
О	В	офтальмопатия
О	Г	артериальная гипертензия

В	013	ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ
О	А	первого года жизни
О	Б	в возрасте от 1 до 3 лет
О	В	дошкольного возраста
О	Г	младшего школьного возраста
В	014	ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА
О	А	госпитализация
О	Б	терапия на дому врачом-педиатром
О	В	консультация невролога в плановом порядке
О	Г	консультация психиатра
В	015	ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЕЛИТСЯ НА
О	А	Поздний антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
О	Б	антенатальный, интранатальный, неонатальный, поздний неонатальный
О	В	Ранний неонатальный, поздний неонатальный
О	Г	антенатальный, неонатальный
В	016	НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г
О	А	1500
О	Б	2750
О	В	2500
О	Г	2000
В	017	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гистологический
О	Б	цитологический
О	В	уреазный

О	Г	серологический
В	018	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	панкреатохолангиография
О	Б	фиброэластометрия
О	В	ангиография
О	Г	гепатобилисцинтиграфия
В	019	ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА
О	А	кортизола
О	Б	инсулина
О	В	адренкортикотропного
О	Г	тиреотропного
В	020	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ
О	А	кожные пробы
О	Б	бронхоскопию
О	В	компьютерную томографию
О	Г	бронхографию
В	021	К ИНФОРМАТИВНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ
О	А	минутный объем дыхания
О	Б	общая емкость легких
О	В	жизненная емкость легких
О	Г	функциональная остаточная емкость
В	022	ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК
О	А	ультразвуковое

О	Б	эндоскопическое
О	В	рентгенологическое
О	Г	радиоизотопное
В	023	КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ
О	А	Зимницкого
О	Б	Нечипоренко
О	В	Сулковича
О	Г	Реберга–Тареева
В	024	ПРОТЕИНУРИЯ В МОЧЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ
О	А	клубочков
О	Б	проксимальных канальцев
О	В	петель Генле
О	Г	дистальных канальцев
В	025	ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ
О	А	внутривенной урографии
О	Б	ультразвукового исследования
О	В	Микционной цистографии
О	Г	цистоскопии
В	026	К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ
О	А	биопсию почки
О	Б	цистоскопию
О	В	ультразвуковое исследование
О	Г	экскреторную урографию
В	027	ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нейтропенией

О	Б	эритроцитозом
О	В	эозинофилией
О	Г	тромбоцитозом
В	028	ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ
О	А	ферритин
О	Б	трансферрин
О	В	гемоглобин
О	Г	гематокрит
В	029	ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКЕМИЧЕСКИХ КЛЕТОК В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ %
О	А	25
О	Б	20
О	В	10
О	Г	5
В	030	ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	снижение фракции выброса
О	Б	уменьшение полостей сердца
О	В	наличие вегетаций на клапанах
О	Г	увеличение фракции выброса
В	031	К РАННЕМУ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ
О	А	бактериурия
О	Б	микрогематурия
О	В	цилиндрурия
О	Г	пиурия

В	032	ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА?
О	А	антитела к рецептору тиреотропного гормона
О	Б	генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина
О	В	свободный трийодтиронин
О	Г	антитела к тиреоглобулину
В	033	ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	кларитромицин
О	Б	гентамицин
О	В	эзомепразол
О	Г	метоклопрамид
В	034	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ
О	А	метоклопрамида
О	Б	актовегина
О	В	амоксциллина
О	Г	папаверина
В	035	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	креон
О	Б	холензим
О	В	гептрал
О	Г	омез
В	036	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕС.
О	А	3
О	Б	4,5

О	В	5
О	Г	6
В	037	ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ В ТЕЧЕНИИ
О	А	2
О	Б	3
О	В	4
О	Г	6
В	038	К ЭФФЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ
О	А	трансплантацию костного мозга
О	Б	спленэктомия
О	В	полихимиотерапию
О	Г	лучевую терапию
В	039	ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	полихимиотерапия
О	Б	лучевая монотерапия
О	В	монотерапия химиопрепаратами
О	Г	пересадка костного мозга
В	040	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	бета-2-агонист короткого действия
О	Б	ингаляционный кортикостероид
О	В	теофиллин короткого действия
О	Г	оральный кортикостероид
В	041	В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ _____ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА
О	А	противокашлевые

О	Б	отхаркивающие
О	В	муколитические
О	Г	мукорегуляторные
В	042	ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЮТ
О	А	антибиотики
О	Б	антигистаминные
О	В	адреноблокаторы
О	Г	цитостатики
В	043	В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАЗНАЧАЮТСЯ
О	А	глюкокортикоиды
О	Б	уросептики
О	В	макролиды
О	Г	ингибиторы АПФ
В	044	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ
О	А	метаболит витаминов группы D
О	Б	ингибитор АПФ
О	В	антикоагулянт
О	Г	глюкокортикоид
В	045	ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ПИТАНИЯ
О	А	щавель
О	Б	горох
О	В	огурцы
О	Г	картофель
В	046	НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ

О	А	двустороннем стенозе почечных артерий
О	Б	пиелонефрите
О	В	гломерулонефрите
О	Г	цистите
В	047	ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
О	А	срочной госпитализации в нефрологическое отделение
О	Б	направлении на консультацию к нефрологу
О	В	проведении повторного анализа мочи
О	Г	назначении антибактериальной терапии
В	048	ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ
О	А	кальция
О	Б	калия
О	В	магния
О	Г	железа
В	049	ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ
О	А	сердечные гликозиды
О	Б	блокаторы кальциевых каналов
О	В	бета - адреноблокаторы
О	Г	антиаритмические препараты
В	050	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	гидрокортизон
О	Б	соматотропин
О	В	гонадотропин хорионический
О	Г	инсулин

В	051	ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ
О	А	непрерывную, пожизненную
О	Б	прерывистыми курсами
О	В	противорецидивную
О	Г	краткосрочную
В	052	ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРИОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТАМ _____ МКГ/КГ/СУТ
О	А	10,0 - 15,0
О	Б	15,0 - 20,0
О	В	25,0 - 30,0
О	Г	30,0 - 50,0
В	053	ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИП В ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ
О	А	семейного хеликобактериоза
О	Б	заболеваний поджелудочной железы
О	В	очагов хронической инфекции
О	Г	кишечных инфекций
В	054	МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	рациональное питание
О	Б	физическая нагрузка
О	В	режим дня
О	Г	медикаментозная терапия
В	055	ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
О	А	антацидов
О	Б	прокинетиков
О	В	ноотропов

О	Г	витаминов
В	056	ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
О	А	антибактериальных препаратов
О	Б	витамино-минеральных комплексов
О	В	препаратов железа
О	Г	глюкокортикостероидов
В	057	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ПРИМЕНЯЮТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ____ ФАКТОРОМ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ
О	А	VIII
О	Б	IX
О	В	X
О	Г	XI
В	058	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В
О	А	сбалансированном питании
О	Б	режиме дня
О	В	физической нагрузке
О	Г	медикаментозной терапии
В	059	ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	иммунизацию против пневмококковой инфекции
О	Б	естественное вскармливание
О	В	своевременное введение прикорма
О	Г	достаточное пребывание на свежем воздухе
В	060	ВАКЦИНАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МЕС.

О	А	2
О	Б	12
О	В	18
О	Г	24
В	061	СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА С ПЕРВИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ
О	А	3 года
О	Б	4 года
О	В	2 года
О	Г	1 год
В	062	УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1 РАЗ В ___ МЕС.
О	А	3
О	Б	6
О	В	12
О	Г	24
В	063	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД
О	А	ремиссии
О	Б	обострения
О	В	приступа
О	Г	подростковый
В	064	СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ
О	А	пожизненно
О	Б	в течение 2 лет
О	В	в течение 3 лет
О	Г	в течение 5 лет

В	065	ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕС.
О	А	1
О	Б	2
О	В	3
О	Г	6
Ф	А/01.7	Проведение обследования детей с целью установления диагноза
В	066	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фиброэластометрия
О	Б	фиброгастродуоденоскопия
О	В	лапароскопия
О	Г	гепатобилисцинтиграфия
В	067	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЦЕЛИАКИИ ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ _____ КИШКИ
О	А	тощей
О	Б	повздошной
О	В	ободочной
О	Г	прямой
В	068	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ _____ ПРОБА
О	А	потовая
О	Б	клонидиновая
О	В	дексаметазоновая
О	Г	инсулиновая
В	069	ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

О	А	антибиотиков
О	Б	противовирусных препаратов
О	В	противогрибковых препаратов
О	Г	муколитиков
В	070	В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
О	А	антибиотиков
О	Б	иммуностимуляторов
О	В	противовирусных препаратов
О	Г	глюкокортикоидов
В	071	СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
О	А	дексаметазон
О	Б	партусистен
О	В	гинипрал
О	Г	изоптин
В	072	К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ
О	А	ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
О	Б	антибиотики
О	В	ферменты (креон, панкреатин)
О	Г	холинолитики (атропин, платифиллин)
В	073	ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
О	А	20
О	Б	30
О	В	80
О	Г	120

В	074	КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ ДО _____ МГ/СУТКИ
О	А	150
О	Б	250
О	В	300
О	Г	1000
В	075	НОРМА БЕЛКА В МОЧЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА С ПИРОГАЛЛОЛОВЫМ КРАСНЫМ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ _____ Г/Л
О	А	0,1
О	Б	0,3
О	В	0,5
О	Г	0,4
В	076	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ _____ ЦЕНТИЛЮ
О	А	95
О	Б	50
О	В	75
О	Г	99
В	077	С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПАЦИЕНТАМ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ
О	А	гипоаллергенной
О	Б	высококалорийной
О	В	низкокалорийной
О	Г	с ограничением животного белка
В	078	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
О	А	сахарный диабет 2 типа

О	Б	сахарный диабет 1 типа
О	В	несахарный диабет
О	Г	гипотиреоз
В	079	НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г
О	А	1000
О	Б	1200
О	В	1500
О	Г	1750
В	080	ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повышение хлоридов в поте и моче
О	Б	повышение IgЕв крови
О	В	повышение эозинофилов в крови
О	Г	нарушение функции внешнего дыхания
В	081	К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ _____ ЛЕГКОГО
О	А	абсцесс
О	Б	киста
О	В	гипоплазия
О	Г	опухоль
В	082	С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
О	А	максимальная (пиковая) скорость выдоха
О	Б	сатурация кислорода
О	В	напряжение кислорода в крови
О	Г	напряжение углекислого газа в крови
В	083	ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	грубый лающий кашель с изменением голоса

О	Б	удлинение выдоха
О	В	сухой кашель ночью
О	Г	продуктивный кашель с большим количеством мокроты
В	084	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
О	А	рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
О	Б	радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом
О	В	ультразвуковое исследование
О	Г	колоноскопию
В	085	ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ
О	А	за грудиной
О	Б	в эпигастрии
О	В	в правой подреберье
О	Г	в левом подреберье
В	086	НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
О	А	забросе желудочного содержимого в пищевод
О	Б	повышении кислотности желудочного содержимого
О	В	забросе желчи в желудок
О	Г	дискинезии желчевыводящих путей
В	087	ДИАГНОЗ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА УТОЧНЯЕТСЯ ПРИ
О	А	выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
О	Б	положительном уреазном тесте
О	В	клинико-эндоскопическом исследовании
О	Г	серологическом исследовании

В	088	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хронический гепатит
О	Б	каротиновая желтуха
О	В	гастрит
О	Г	синдром Жильбера
В	089	ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	кровотечение из вен пищевода
О	Б	кровотечение из геморроидальных вен
О	В	гиперспленизм
О	Г	кровоточивость из мест инъекций
В	090	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
О	А	гепатита
О	Б	синдром Жильбера
О	В	дискинезии желчевыводящих путей
О	Г	каротинемии
В	091	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	рвота
О	Б	изжога
О	В	запор
О	Г	зуд кожи
В	092	ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
О	А	ирригографией (скопией)
О	Б	ректороманоскопией
О	В	фиброгастроскопией
О	Г	колоноскопией

В	093	ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ
О	А	неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
О	Б	спастическом запоре
О	В	проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов
О	Г	дизентерии
В	094	АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ
О	А	ирригография (скопия)
О	Б	фиброгастроскопия
О	В	ректороманоскопия
О	Г	рентгенография брюшной полости
В	095	ДЛЯ ДИАГНОЗА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
О	А	гипергликемия
О	Б	гипокалиемия
О	В	высокий удельный вес мочи
О	Г	гиперхолестеринемия
В	096	ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повышение Т4
О	Б	повышение ТТГ
О	В	повышение холестерина
О	Г	снижение глюкозы
В	097	ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гипокальциемия
О	Б	гиперкальциемия
О	В	гипофосфатемия
О	Г	снижение ЩФ
В	098	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА

		ПРОВОДИТСЯ С
О	А	спазмофилией
О	Б	болезнью Аддисона
О	В	врожденным гипотиреозом
О	Г	тиреотоксикозом
В	099	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ
О	А	17-оксипрогестерон в крови
О	Б	лютеинизирующий гормон
О	В	эстрогены
О	Г	фолликулостимулирующий гормон
В	100	СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гермафродитное строение гениталий у девочек
О	Б	артериальная гипертензия
О	В	рвота у девочек
О	Г	артериальная гипотензия
В	101	ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ
О	А	гипофиза
О	Б	щитовидной железы
О	В	гипоталамуса
О	Г	гонад
В	102	В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ
О	А	метотрексат
О	Б	азатиоприн
О	В	6 меркаптопурин
О	Г	циклофосфамид

В	103	ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
О	А	инотропных средств
О	Б	ингибиторов АПФ
О	В	блокаторов кальциевых каналов
О	Г	препаратов калия
В	104	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКОЗА ЗАВИСЯТ ОТ
О	А	локализации метастатических очагов
О	Б	давности начального периода заболевания
О	В	иммунологического варианта острого лейкоза
О	Г	выраженности пролиферативного синдрома
В	105	ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ _____ ХАРАКТЕРА
О	А	нейтрофильного
О	Б	лимфоцитарного
О	В	моноцитарного
О	Г	эозинофильного
В	106	НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЕЙ _____ МГ/М2/ЧАС
О	А	40
О	Б	10
О	В	20
О	Г	80
В	107	ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ–ДЕБРЕ–ФАНКONI НАБЛЮДАЮТ
О	А	снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах
О	Б	повышение реабсорбции глюкозы, бикарбонатов натрия, фосфатов в проксимальных канальцах

О	В	нарушение аммионогенеза и секреции ионов водорода в дистальных отделах почечных канальцев
О	Г	повышение реабсорбции бикарбонатов натрия, кальция, фосфатов в проксимальных канальцах
В	108	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	узловатая эритема, артриты
О	Б	амилоидоз, гломерулонефрит
О	В	полирадикулоневрит, панкреатит
О	Г	артериальная гипертензия, эписклерит
В	109	КРИТЕРИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л
О	А	2,6
О	Б	3,5
О	В	2,9
О	Г	3,9
В	110	ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
О	А	физиологической желтухе
О	Б	синдроме сгущения желчи
О	В	семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазах
О	Г	атрезии желчевыводящих путей
В	111	ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	кардит
О	Б	полимиозит
О	В	перитонит
О	Г	артралгия
В	112	ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

		ОБУСЛОВЛЕНА
О	А	гемолитическая болезнь новорожденных
О	Б	физиологическая анемия младенцев
О	В	атрезия желчевыводящих путей
О	Г	дефицит витамина В12
В	113	КРИТЕРИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ 1) ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ
О	А	Самойлова-Венкебаха
О	Б	Вольфа-Паркинсона-Уайта
О	В	Морганьи-Адамса-Стокса
О	Г	Джержела-Ланге-Нильсена
В	114	КОНЪЮНКТИВИТ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ
О	А	Рейтера
О	Б	Алажилля
О	В	Готтрона
О	Г	Маршалла
В	115	ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	лейкопения, тромбоцитопения
О	Б	тромбоцитопения, эозинофилия
О	В	тромбоцитоз, лимфоцитоз
О	Г	лейкоцитоз, тромбоцитопения
В	116	К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРОТИВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ОТНОСЯТ
О	А	цефтазидим, цефоперазон
О	Б	ампициллина сульбактам, цефуроксим
О	В	амоксциллина клавуланат, цефазолин
О	Г	klaritromitsin, azitromitsin
О		

В	117	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ОМЕПРАЗОЛ?
О	А	блокаторам К <sup>+</sup> -Na <sup>+</sup> АТФ-азы
О	Б	блокаторам кальциевых каналов
О	В	блокаторам H <sub>2</sub> гистаминовых рецепторов
О	Г	блокаторам рецепторов ангиотензина
В	118	К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
О	А	рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
О	Б	локальные мелкопузырчатые влажные
О	В	рассеянные мелкопузырчатые
О	Г	локальные сухие
В	119	К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
О	А	рассеянные сухие свистящие
О	Б	рассеянные мелкопузырчатые
О	В	локальные мелкопузырчатые
О	Г	локальные сухие
В	120	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	респираторный вирус
О	Б	легионелла
О	В	хламидия
О	Г	микоплазма
В	121	К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
О	А	рассеянные мелкопузырчатые
О	Б	рассеянные сухие
О	В	локальные мелкопузырчатые
О	Г	локальные сухие

В	122	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ
О	А	асимметрии хрипов в легких
О	Б	грубого лающего кашля
О	В	притупления перкуторного звука
О	Г	нормальной температуры тела
В	123	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ _____ ХРИПЫ
О	А	крупно- и среднепузырчатые влажные
О	Б	рассеянные мелкопузырчатые влажные
О	В	локальные мелкопузырчатые
О	Г	рассеянные сухие свистящие
В	124	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пневмококк
О	Б	стафилококк
О	В	стрептококк
О	Г	энтерококк
В	125	ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ХРИПЫ
О	А	локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
О	Б	локальные сухие свистящие
О	В	рассеянные мелкопузырчатые влажные
О	Г	рассеянные сухие свистящие
В	126	К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
О	А	притупление перкуторного звука
О	Б	коробочный звук при перкуссии
О	В	рассеянные мелкопузырчатые хрипы
О	Г	локальные разнокалиберные влажные хрипы

В	127	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
О	А	навязчивый коклюшеподобный кашель
О	Б	притупление перкуторного звука
О	В	локальные мелкопузырчатые хрипы
О	Г	ассиметрию хрипов
В	128	К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
О	А	выраженную одышку
О	Б	грубый лающий кашель
О	В	фебрильную лихорадку
О	Г	сухой плеврит
В	129	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
О	А	мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
О	Б	нормальную температуру тела
О	В	выраженную одышку
О	Г	пневмоторакс
В	130	ПРИ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	выраженное притупление перкуторного звука
О	Б	мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
О	В	бронхиальное дыхание при аускультации
О	Г	коробочный звук при перкуссии
В	131	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ
О	А	коробочный перкуторный звук
О	Б	резкое притупление перкуторного звука
О	В	локальные мелкопузырчатые влажные хрипы

О	Г	амфорическое дыхание
В	132	ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ
О	А	несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
О	Б	несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче
О	В	нарушению со стороны центральной нервной системы
О	Г	воздействию экзо- и эндогенных пирогенов
В	133	К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ
О	А	железосвязывающей способности сыворотки крови
О	Б	уровня сывороточного железа
О	В	коэффициента насыщения трансферрина
О	Г	уровня ферритина в крови
В	134	КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?
О	А	трансферрин
О	Б	ферритин
О	В	гемосидерин
О	Г	миоглобин
В	135	ПРИМЕРОМ НЕГЕМООВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ферритин
О	Б	гемоглобин
О	В	гемосидерин
О	Г	миоглобин
В	136	КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ ___ Г/Л
О	А	110
О	Б	100

О	В	120
О	Г	90
В	137	ДЛЯ АНЕМИИ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ДО ___ Г/Л
О	А	90-100
О	Б	110-120
О	В	70-80
О	Г	50-60
В	138	ДЛЯ АНЕМИИ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ___ Г/Л
О	А	70
О	Б	100
О	В	90
О	Г	80
В	139	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
О	А	сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
О	Б	сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
О	В	сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
О	Г	железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина
В	140	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	гипохромия, микроцитоз
О	Б	гиперхромия, макроцитоз
О	В	ретикулоцитоз, гиперхромия
О	Г	макроцитоз, ретикулоцитопения
В	141	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

О	А	уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина
О	Б	уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
О	В	уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина
О	Г	только уровень сывороточного железа
В	142	К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТНОСЯТ
О	А	миалгию, мышечную гипотонию
О	Б	бледность кожи и слизистых оболочек
О	В	общую слабость, снижение аппетита
О	Г	быструю утомляемость, головокружение
В	143	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К
О	А	гипохромной, микроцитарной, регенераторной
О	Б	нормохромной, нормоцитарной, регенераторной
О	В	гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
О	Г	гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной
В	144	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?
О	А	снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
О	Б	снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
О	В	снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
О	Г	снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов
В	145	ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ _____ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ
О	А	диффузные разнокалиберные
О	Б	диффузные мелкопузырчатые
О	В	локальные крепитирующие
О	Г	диффузные сухие, свистящие

В	146	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ателектаз
О	Б	пневмоторакс
О	В	абсцесс
О	Г	булла
В	147	ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
О	А	коробочный
О	Б	легочный
О	В	укороченный легочный
О	Г	притупленный
В	148	О РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
О	А	участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
О	Б	появление коробочного перкуторного звука
О	В	наличие свистящих хрипов при аускультации
О	Г	наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
В	149	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	вирусная инфекция
О	Б	бактериальная инфекция
О	В	грибковая инфекция
О	Г	аллергическая реакция
В	150	ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ _____ ХРИПЫ
О	А	диффузные сухие свистящие
О	Б	диффузные мелкопузырчатые влажные
О	В	локальные мелкопузырчатые влажные

О	Г	диффузные разнокалиберные влажные
В	151	ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
О	А	легочный
О	Б	коробочный
О	В	укороченный легочный
О	Г	притупленный
В	152	ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
О	А	эспираторной одышки
О	Б	инспираторной одышки
О	В	навязчивого кашля
О	Г	смешанной одышки
В	153	ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА
О	А	затруднение выдоха
О	Б	затруднение вдоха
О	В	головную боль
О	Г	общую слабость
В	154	К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФФУЗНЫЕ _____ ХРИПЫ
О	А	мелкопузырчатые влажные
О	Б	сухие свистящие
О	В	крупнопузырчатые влажные
О	Г	разнокалиберные влажные
В	155	ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae
О	Б	Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila

О	В	Chlamydophila pneumonia, Mycoplasma pneumonia
О	Г	Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumonia
В	156	УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
О	А	пневмонии
О	Б	плеврите
О	В	пневмотораксе
О	Г	эмфиземе
В	157	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Chlamydia trachomatis
О	Б	Staphilococcus aureus
О	В	Mycoplasma pneumonia
О	Г	Escherichia coli
В	158	К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
О	А	грамотрицательную флору
О	Б	грибковую инфекцию
О	В	атипичную флору
О	Г	респираторные вирусы
В	159	ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ _____ ПНЕВМОНИИ
О	А	интерстициальной
О	Б	крупозной
О	В	очаговой
О	Г	сегментарной
В	160	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ

		ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	вирусы и «атипичные» возбудители
О	Б	грамположительные бактерии
О	В	грамотрицательные бактерии
О	Г	простейшие
В	161	К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ
О	А	синусовый узел
О	Б	автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса
О	В	автоматические клетки в волокнах Пуркинье
О	Г	предсердные (эктопические) автоматические клетки
В	162	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ
О	А	брадикардия, понижение артериального давления
О	Б	тахикардия, повышение артериального давления
О	В	атонические запоры, редкое обильное мочеиспускание
О	Г	бледность и сухость кожи, экзофтальм
В	163	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	острое расширение границ сердца
О	Б	приглушение тонов сердца при аускультации
О	В	выраженное снижение зубца Т на ЭКГ
О	Г	тахикардия
В	164	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЕЦ Р ОТОБРАЖАЕТ ПРОЦЕСС
О	А	кровопотеря
О	Б	наследственный микросфероцитоз
О	В	дефицит эритроцитарных ферментов
О	Г	наследственная гипопластическая анемия

В	165	ДИАГНОЗ АНЕМИИ СТАВИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА 1- Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ _____ Г/Л
О	А	возбуждения в миокарде предсердий
О	Б	распространения возбуждения на стенки желудочков и верхушку сердца
О	В	распространения возбуждения на базальные участки миокарда желудочков
О	Г	от начала возбуждения предсердий до начала возбуждения желудочков
В	166	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЭТО
О	А	систолический шум, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания
О	Б	нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
О	В	мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы
О	Г	мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках
В	167	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ
О	А	полиартрит
О	Б	повышение титра АСЛЮ
О	В	снижение зубца Т на ЭКГ
О	Г	увеличение QT на ЭКГ
В	168	У СЕМИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ШУМА ПОДТВЕРЖДАЕТ ТО, ЧТО ШУМ
О	А	уменьшается при физической нагрузке
О	Б	выслушивается в середине систолы
О	В	усиливается в вертикальном положении
О	Г	проводится на сосуды шеи

В	169	ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
О	А	нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое
О	Б	сниженное систолическое, нормальное диастолическое
О	В	сниженное систолическое, повышенное диастолическое
О	Г	повышенное на руках, пониженное на ногах
В	170	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
О	А	увеличение размеров печени
О	Б	влажные разнокалиберные хрипы в легких
О	В	тахикардию
О	Г	сухой или влажный кашель с отделением слизистой мокроты
В	171	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
О	А	артериальную гипотензию
О	Б	белый дермографизм
О	В	сухие кожные покровы
О	Г	гипомоторный мочевой пузырь
В	172	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
О	А	редкие обильные мочеиспускания
О	Б	раморность кожных покровов
О	В	артериальную гипотензию
О	Г	спастические запоры
В	173	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

О	А	склонность к ацидозу
О	Б	гипергидроз ладоней и стоп
О	В	тенденцию к лимфоцитозу
О	Г	боли в животе, склонность к метеоризму
В	174	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТОАДРЕНАЛОВЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ
О	А	чувство страха
О	Б	выраженную слабость и тошноту
О	В	гипергидроз, холодные кожные покровы
О	Г	учащение мочеиспускания
В	175	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ
О	А	головную боль, головокружение, потемнение в глазах
О	Б	выраженный озноб
О	В	сухость во рту
О	Г	повышение артериального давления
В	176	ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У РЕБЕНКА С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
О	А	длительный, дующий, систолический шум, связанный с I тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела
О	Б	протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед
О	В	нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
О	Г	мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, ослабевающий при сидении на корточках
В	177	ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
О	А	артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
О	Б	повышение в моче альдостерона
О	В	нормальное содержание в моче 17-кетостероидов

О	Г	снижение в моче уровня катехоламинов
В	178	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	эхокардиография
О	Б	электрокардиограмма
О	В	рентгенография
О	Г	векторкардиография
В	179	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ
О	А	сердцебиение
О	Б	сонливость
О	В	понижение артериального давления
О	Г	гипергидроз
В	180	К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
О	А	влажные разнокалиберные хрипы в легких
О	Б	набухание яремных вен
О	В	брадикардию
О	Г	расширение границ относительной сердечной тупости вправо
В	181	К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
О	А	набухание яремных вен
О	Б	тахикардию
О	В	расширение границ относительной сердечной тупости влево
О	Г	увеличение размеров селезенки
В	182	ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТАХ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	раннее появление симптомов декомпенсации
О	Б	нормальные показатели физического развития

О	В	редкое возникновение аритмий
О	Г	отсутствие признаков поражения эндо- и перикарда
В	183	У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
О	А	непродолжительный характер шума
О	Б	нарастание интенсивности после нагрузки
О	В	усиление шума в вертикальном положении
О	Г	проведение его на сосуды шеи
В	184	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ
О	А	уменьшается при физической нагрузке
О	Б	выслушивается на протяжении систолы
О	В	усиливается в вертикальном положении
О	Г	проводится на сосуды шеи
В	185	АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ
О	А	года
О	Б	часа
О	В	первого полугодия
О	Г	первого месяца
В	186	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В
О	А	первые часы после рождения
О	Б	первое полугодие жизни
О	В	конце первого года жизни
О	Г	конце первого месяца жизни
В	187	АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ _____ ЖИЗНИ
О	А	к концу 2-го месяца

<input type="radio"/>	Б	в первые часы
<input type="radio"/>	В	к 10 дню
<input type="radio"/>	Г	в конце первого полугодия
В	188	ДЛЯ КАКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА НОГАХ И МАКСИМАЛЬНАЯ ЗВУЧНОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА СПИНЕ?
<input type="radio"/>	А	коарктации аорты
<input type="radio"/>	Б	дефекта межжелудочковой перегородки
<input type="radio"/>	В	транспозиции магистральных сосудов
<input type="radio"/>	Г	открытого атриовентрикулярного канала
В	189	К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СИНЕГО ТИПА ОТНОСИТСЯ
<input type="radio"/>	А	тетрада Фалло
<input type="radio"/>	Б	дефект межжелудочковой перегородки
<input type="radio"/>	В	дефект межпредсердной перегородки
<input type="radio"/>	Г	открытый атриовентрикулярный канал
В	190	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
<input type="radio"/>	А	расширение границ относительной сердечной тупости влево
<input type="radio"/>	Б	шум трения плевры
<input type="radio"/>	В	увеличение селезенки
<input type="radio"/>	Г	экстрасистолию
В	191	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
<input type="radio"/>	А	периферические отеки
<input type="radio"/>	Б	левосторонний сердечный горб
<input type="radio"/>	В	брадикардию
<input type="radio"/>	Г	шум трения плевры
В	192	ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

<input type="radio"/>	А	в IV-V межреберье слева от грудины
<input type="radio"/>	Б	на верхней трети грудины
<input type="radio"/>	В	на верхушке сердца
<input type="radio"/>	Г	на легочной артерии
В	193	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?
<input type="radio"/>	А	коарктации аорты
<input type="radio"/>	Б	дефекте межпредсердной перегородки
<input type="radio"/>	В	стенозе легочной артерии
<input type="radio"/>	Г	стенозе аорты
В	194	СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ
<input type="radio"/>	А	открытом артериальном протоке
<input type="radio"/>	Б	открытом овальном окне
<input type="radio"/>	В	дефекте межпредсердной перегородки
<input type="radio"/>	Г	дефекте межжелудочковой перегородки
В	195	ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-III МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
<input type="radio"/>	А	открытого артериального протока
<input type="radio"/>	Б	митрального порока сердца
<input type="radio"/>	В	дефекта межжелудочковой
<input type="radio"/>	Г	коарктации аорты
В	196	ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ
<input type="radio"/>	А	реполяризации желудочков
<input type="radio"/>	Б	деполяризации предсердий
<input type="radio"/>	В	реполяризации предсердий
<input type="radio"/>	Г	деполяризации предсердий и желудочков

В	197	ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ
О	А	от синусового узла до желудочков
О	Б	по предсердиям
О	В	от синусового узла до АВ-узла
О	Г	от синусового узла до волокон Пуркинье
В	198	ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ
О	А	зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизменному желудочковому комплексу QRS
О	Б	зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизменных желудочковых комплексов
О	В	закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует
О	Г	зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении перед неизменными желудочковыми комплексами
В	199	В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ
О	А	преобладают потенциалы правого желудочка
О	Б	преобладают потенциалы левого желудочка
О	В	преобладают потенциалы левого предсердия
О	Г	преобладают потенциалы правого предсердия
В	200	ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО
О	А	гипертрофией левого предсердия
О	Б	гипертрофией правого желудочка
О	В	гипертрофией левого желудочка
О	Г	замедлением проведения по волокнам Пуркинье
В	201	АБСОЛЮТНОМУ РЕФРАКТЕРНОМУ ПЕРИОДУ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
О	А	T-P
О	Б	QRS

О	В	ST
О	Г	QRS-T
В	202	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ОХВАТА ВОЗБУЖДЕНИЕМ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ И ПЕРИОД РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
О	А	ST
О	Б	T-P
О	В	P-Q
О	Г	QRS
В	203	ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СИСТОЛУ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
О	А	QRS-T
О	Б	ST
О	В	T-P
О	Г	P-Q
В	204	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
О	А	QRS
О	Б	QRS-T
О	В	ST
О	Г	T-P
В	205	ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНА ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ
О	А	«башмачка»
О	Б	«овоида»
О	В	«снежной бабы»
О	Г	«капли»

В	206	ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ
О	А	«овоида»
О	Б	«башмачка»
О	В	«снежной бабы»
О	Г	) «капли»
В	207	ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
О	А	акцент II тона над легочной артерией
О	Б	грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины
О	В	грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины
О	Г	акцент II тона в V точке
В	208	НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН
О	А	дугой аорты, легочной артерией, левым предсердием, левым желудочком
О	Б	дугой аорты, левым предсердием, легочной артерией, левым желудочком
О	В	дугой аорты, левым желудочком, левым предсердием, легочной артерией
О	Г	левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком
В	209	НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРАВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН
О	А	восходящей частью аорты, правым предсердием, правым желудочком
О	Б	верхней полой веной, правым предсердием, правым желудочком
О	В	нижней полой веной, правым предсердием, правым желудочком
О	Г	восходящей частью аорты, правым предсердием, правым желудочком, легочной артерией
В	210	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ

		ОБРАЗОВАН
О	А	восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
О	Б	верхней поллой веной, левым и правым предсердием
О	В	восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
О	Г	левым предсердием и левым желудочком
В	211	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
О	А	верхней поллой веной, левым и правым предсердием
О	Б	восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
О	В	восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
О	Г	левым предсердием и левым желудочком
В	212	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
О	А	восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
О	Б	восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
О	В	верхней поллой веной, левым и правым предсердиями
О	Г	левым предсердием и левым желудочком
В	213	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
О	А	левым предсердием и левым желудочком
О	Б	восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
О	В	верхней поллой веной, левым и правым предсердием
О	Г	левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком

В	214	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
О	А	кардит
О	Б	артралгия
О	В	лихорадка
О	Г	увеличение СРБ
В	215	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
О	А	полиартрит
О	Б	артралгия
О	В	увеличение СОЭ
О	Г	увеличение СРБ
В	216	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
О	А	малая хорея
О	Б	удлинение интервала R-R на ЭКГ
О	В	лихорадка
О	Г	увеличение СРБ
В	217	ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ СЧИТАЕТСЯ
О	А	обструктивным
О	Б	необструктивным
О	В	хроническим
О	Г	латентным
В	218	ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
О	Б	артериальное давление на ногах выше, чем на руках

О	В	повышение в моче альдостерона
О	Г	снижение в моче уровня катехоламинов
В	219	ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ
О	А	высокие заостренные зубцы Т
О	Б	уменьшение амплитуды зубца Т
О	В	депрессию сегмента ST
О	Г	увеличение амплитуды зубца Т
В	220	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
О	А	тахикардию
О	Б	гипергидроз
О	В	красный дермографизм
О	Г	склонность к обморокам
В	221	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
О	А	чувство нехватки воздуха
О	Б	тахикардию
О	В	белый дермографизм
О	Г	склонность к гипертермии
В	222	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
О	А	головокружения и обмороки
О	Б	атонические запоры
О	В	повышенный аппетит
О	Г	тахикардию
В	223	ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ

		(ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____ %
О	А	60
О	Б	70
О	В	80
О	Г	90
В	224	ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ
О	А	«немое легкое»
О	Б	ослабленное дыхание
О	В	жесткое дыхание
О	Г	везикулярное дыхание
В	225	ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
О	А	пиковую скорость выдоха
О	Б	жизненную емкость легких
О	В	объем форсированного выдоха
О	Г	форсированную жизненную емкость легких
В	226	ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
О	А	степень бронхиальной обструкции
О	Б	степень аллергизации организма
О	В	степень выраженности инфекционного процесса
О	Г	состояние иммунной системы организма
В	227	ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
О	А	ателектаза
О	Б	напряженного пневмоторакса
О	В	абсцесса легкого
О	Г	пиоторакса

В	228	ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА
О	А	приступы удушья
О	Б	кашель с гнойной мокротой
О	В	кровохарканье
О	Г	боль в грудной клетке
В	229	ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
О	А	сухих свистящих хрипов
О	Б	влажных мелкопузырчатых хрипов
О	В	шума трения плевры
О	Г	крепитации
В	230	ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА
О	А	Е
О	Б	А
О	В	М
О	Г	Г
В	231	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ЧИХАНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НОСА, ОБИЛЬНОЕ ПРОЗРАЧНОЕ ВОДЯНИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ – ЭТО
О	А	аллергический ринит
О	Б	острый ринит
О	В	острый синусит
О	Г	аденоидит
В	232	АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

<input type="radio"/>	А	плазмócитами
<input type="radio"/>	Б	эозинофилами
<input type="radio"/>	В	базофилами
<input type="radio"/>	Г	эритроцитами
В	233	ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ
<input type="radio"/>	А	В-лимфоцитов
<input type="radio"/>	Б	Т-лимфоцитов
<input type="radio"/>	В	макрофагов
<input type="radio"/>	Г	нейтрофилов
В	234	ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ
<input type="radio"/>	А	рыба
<input type="radio"/>	Б	кролик
<input type="radio"/>	В	конина
<input type="radio"/>	Г	индейка
В	235	В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ
<input type="radio"/>	А	пищевая
<input type="radio"/>	Б	бытовая
<input type="radio"/>	В	эпидермальная
<input type="radio"/>	Г	пыльцевая
В	236	ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ
<input type="radio"/>	А	аллергического ринита
<input type="radio"/>	Б	полипа
<input type="radio"/>	В	вазомоторного ринита
<input type="radio"/>	Г	острого респираторного заболевания

В	237	АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ – ЭТО
О	А	хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсибилизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
О	Б	хронический инфекционный процесс
О	В	симптом системного заболевания соединительной ткани
О	Г	острый инфекционный процесс
В	238	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ
О	А	пыльцевым
О	Б	пищевым
О	В	грибковым
О	Г	эпидермальным
В	239	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО
О	А	заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
О	Б	хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
О	В	хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
О	Г	хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов
В	240	ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО
О	А	неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
О	Б	повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
О	В	склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
О	Г	изменение реологических свойств мокроты

В	241	ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
О	Б	экспираторный характер одышки
О	В	вздутие грудной клетки
О	Г	участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
В	242	К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ОТНОСИТСЯ
О	А	показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин
О	Б	снижение жизненной емкости легких
О	В	отрицательная проба с бета2-агонистом
О	Г	показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин
В	243	ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФА ВОЗМОЖНО ДЕТАМ
О	А	с 6-ти лет
О	Б	первого года жизни
О	В	в любом возрасте
О	Г	с 3-х лет
В	244	ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ – ЭТО
О	А	аллергическое воспаление легочного интерстиция
О	Б	инфекционно-воспалительное заболевание легких
О	В	острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
О	Г	хроническая обструктивная болезнь легких
В	245	К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ
О	А	домашняя пыль
О	Б	пыльца полыни
О	В	пыльца березы

<input type="radio"/>	Г	белок коровьего молока
<input type="radio"/>	246	АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ
<input type="radio"/>	А	антибактериальные препараты
<input type="radio"/>	Б	антигистаминные препараты
<input type="radio"/>	В	антикоагулянты
<input type="radio"/>	Г	антиагреганты
<input type="radio"/>	247	ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА
<input type="radio"/>	А	любых участках тела
<input type="radio"/>	Б	лице
<input type="radio"/>	В	туловище
<input type="radio"/>	Г	конечностях
<input type="radio"/>	248	К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ
<input type="radio"/>	А	анафилактический шок
<input type="radio"/>	Б	крапивницу
<input type="radio"/>	В	аллергический дерматит
<input type="radio"/>	Г	аллергический васкулит
<input type="radio"/>	249	АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ
<input type="radio"/>	А	лекарственные
<input type="radio"/>	Б	бытовые
<input type="radio"/>	В	пищевые
<input type="radio"/>	Г	пыльцевые
<input type="radio"/>	250	РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
<input type="radio"/>	А	анафилактическом шоке
<input type="radio"/>	Б	крапивнице
<input type="radio"/>	В	сывороточной болезни

О	Г	отеке Квинке
В	251	ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ
О	А	рыба
О	Б	огурец
О	В	мясо
О	Г	вишня
В	252	К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ
О	А	элиминационно - провокационные пробы
О	Б	копрологию
О	В	кожные пробы с пищевыми аллергенами
О	Г	определение рН кала
В	253	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	синдром Лайелла
О	Б	атопический дерматит
О	В	токсидермия
О	Г	синдром Стивенса-Джонсона
В	254	ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
О	А	эспираторной одышкой
О	Б	болью в грудной клетке
О	В	инспираторной одышкой
О	Г	кашлем с мокротой
В	255	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТ
О	А	появление атопического дерматита после приема определенного продукта
О	Б	частый, жидкий стул с кислым запахом

О	В	обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз
О	Г	частые срыгивания после кормления грудью
В	256	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	аллергический ринит
О	Б	аллергический цистит
О	В	крапивница
О	Г	аллергический миокардит
В	257	В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ
О	А	пищевые
О	Б	эпидермальные
О	В	бытовые
О	Г	пыльцевые
В	258	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД
О	А	гистологический
О	Б	рентгенологический
О	В	эндоскопический
О	Г	ультразвуковой
В	259	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ЭЛЛИСОНА–ЗОЛИНГЕРА НЕОБХОДИМО
О	А	определение уровня гастрина в крови
О	Б	ультразвуковое исследование желудка и 12-перстной кишки
О	В	проведение эзофагогастродуоденоскопии
О	Г	биохимическое исследование крови
В	260	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД

О	А	эндоскопический
О	Б	рентгенологический
О	В	лабораторный
О	Г	ультразвуковой
В	261	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
О	А	суточное мониторирование рН в пищеводе
О	Б	рентгенологическое исследование
О	В	ультразвуковое исследование
О	Г	эндоскопическое исследование
В	262	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
О	А	определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови
О	Б	копрологическое исследование
О	В	определение общего IgE
О	Г	эндоскопическое исследование
В	263	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу
О	Б	рентгенологическая ирригография
О	В	ультразвуковое исследование толстой кишки
О	Г	определение энзимов в кале
В	264	ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ
О	А	амилазы
О	Б	белка
О	В	холестерина

О	Г	калия
В	265	ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ
О	А	билирубина
О	Б	печеночно-клеточных ферментов
О	В	альбуминов
О	Г	церулоплазмина
В	266	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ
О	А	печеночно-клеточных ферментов
О	Б	холестерина
О	В	щелочной фосфатазы
О	Г	протромбина
В	267	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
О	А	эрозивный антральный гастрит
О	Б	локализация процесса в теле желудка
О	В	В12-дефицитная анемия
О	Г	базальная секреция с рН выше 2,5
В	268	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ
О	А	пенетрация
О	Б	холестаз
О	В	хронический запор
О	Г	рефлюксная болезнь
В	269	ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА 3-НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

О	А	пилоростенозе
О	Б	пилороспазме
О	В	кишечной инфекции
О	Г	адреногенитальном синдроме
В	270	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	биохимический анализ крови
О	Б	общий анализ крови
О	В	общий анализ мочи
О	Г	копрограмма
В	271	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	амилаземия
О	Б	гипопротеинемия
О	В	гипербилирубинемия
О	Г	гиперурикемия
В	272	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	липаземия
О	Б	гипопротеинемия
О	В	гипербилирубинемия
О	Г	гиперурикемия
В	273	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	амилазурия
О	Б	уробилиногенурия
О	В	протеинурия
О	Г	кристаллурия

В	274	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ
О	А	ферментов в крови
О	Б	белка в крови
О	В	белка в моче
О	Г	глюкозы в крови
В	275	ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
О	А	концентрационную функцию почек
О	Б	фильтрационную функцию почек
О	В	количество эритроцитов в моче
О	Г	количество лейкоцитов в моче
В	276	ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ
О	А	антрального гастрита
О	Б	перегиба желудка
О	В	дивертикула желудка
О	Г	эзофагеальной рефлюксной болезни
В	277	НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
О	А	забросе желудочного содержимого в пищевод
О	Б	повышенной кислотности желудочного содержимого
О	В	язвенной болезни желудка
О	Г	диафрагмальной грыже
В	278	КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
О	А	2-3 недели
О	Б	3-4 дня
О	В	5 месяцев
О	Г	6 недель

В	279	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	β-гемолитический стрептококк группы А
О	Б	вирус Коксаки В
О	В	золотистый стафилококк
О	Г	гемофильная палочка
В	280	К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
О	А	артралгия
О	Б	кардит
О	В	полиартрит
О	Г	анулярная эритема
В	281	ПРИ РЕВМОКАРДИТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ _____ КЛАПАНА
О	А	митрального
О	Б	трикуспидального
О	В	аортального
О	Г	легочной артерии
В	282	ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА 70-80% СООТВЕТСТВУЮТ _____ ЗОНЕ
О	А	желтой
О	Б	синей
О	В	зеленой
О	Г	красной
В	283	ОЦЕНКУ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ
О	А	теста по контролю над астмой (AsthmaControlTest; АСТ)
О	Б	провокационного теста с метахолином

О	В	определения уровня общего IgE
О	Г	рентгенографии органов грудной клетки
В	284	ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ
О	А	снижении продолжительности жизни эритроцитов
О	Б	снижении уровня гемоглобина
О	В	снижении уровня железа сыворотки
О	Г	гипербилирубинемии
В	285	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	микроцитарной
О	Б	нормоцитарной
О	В	макроцитарной
О	Г	овалоцитарной
В	286	ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	3 балла и менее
О	Б	4-5 баллов
О	В	5-7 баллов
О	Г	более 8 балл
В	287	ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ
О	А	условия, в которых произошло инфицирование
О	Б	выраженность изменений на рентгенограмме
О	В	отсутствие необходимости в госпитализации больного
О	Г	тяжесть состояния больного
В	288	ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	генерализованное поражение мышц
О	Б	синдром Рейно

О	В	нейропатия
О	Г	нефропатия
В	289	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гематурия
О	Б	лейкоцитурия
О	В	отеки
О	Г	протеинурия
В	290	ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ
О	А	тотальном бластозе в костном мозге
О	Б	появлении бластных клеток в гемограмме
О	В	анемическом и геморрагическом синдроме
О	Г	угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге
В	291	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	тест Апта
О	Б	исследование коагулограммы
О	В	бактериологическое исследование промывных вод желудка
О	Г	пенный тест
В	292	РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО
О	А	340 мкмоль/л и более
О	Б	250-300 мкмоль/л
О	В	170-250 мкмоль/л
О	Г	менее 170 мкмоль/л
В	293	КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ?
О	А	пыльцевые

О	Б	белковые
О	В	пищевые
О	Г	эпидермальные
В	294	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ
О	А	исследование функции внешнего дыхания
О	Б	определение общего IgE в сыворотке крови
О	В	общий анализ крови
О	Г	рентгенография органов грудной клетки
В	295	ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	протеинурия
О	Б	гиполипидемия
О	В	гипертония
О	Г	гипофибриногенемия
В	296	БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ
О	А	непрямого билирубина
О	Б	прямого билирубина
О	В	прямого билирубина + свободного гемоглобина
О	Г	непрямого билирубина + свободного гемоглобина
В	297	ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
О	Б	анемия + ретикулоцитоз
О	В	повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
О	Г	желтуха + спленомегалия
В	298	ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

О	А	острой кровопотери
О	Б	апластической анемии
О	В	тромбоцитопении
О	Г	острого лейкоза
В	299	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО
О	А	снижение сывороточного железа
О	Б	наличие гипохромной анемии
О	В	увеличение сывороточного железа
О	Г	наличие микроцитарной анемии
В	300	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
О	А	концентрации факторов свертываемости
О	Б	активированного частичного тромбопластинового времени
О	В	времени кровотечения
О	Г	плазминогена
В	301	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	трепанобиопсия
О	Б	общий анализ крови
О	В	стеральная пункция
О	Г	цитогенетическое исследование
В	302	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
О	А	бронхоскопия

О	Б	анамнез
О	В	рентгенография грудной клетки
О	Г	наличие обструктивного синдрома
В	303	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА ВЫБИРАЮТ
О	А	празиквантел
О	Б	пирантел
О	В	мебендазол
О	Г	нифурател
В	304	ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ
О	А	парацетамола
О	Б	диклофенака
О	В	анальгина
О	Г	ацетилсалициловой кислоты
В	305	МАЛОАКТИВНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПНЕВМОКОККА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	левомицетин
О	Б	амоксциллин клавуланат
О	В	азитромицин
О	Г	цефтриаксон
В	306	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	ингаляционные глюкокортикоиды
О	Б	антигистаминные препараты
О	В	бета-адреноблокаторы
О	Г	ингибиторы циклооксигеназы
В	307	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

<input type="radio"/>	А	макролиды
<input type="radio"/>	Б	цефалоспорины 1-2 поколений
<input type="radio"/>	В	полусинтетические пенициллины
<input type="radio"/>	Г	аминогликозиды
В	308	ДЛЯ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
<input type="radio"/>	А	амоксциллин
<input type="radio"/>	Б	гентамицин
<input type="radio"/>	В	азитромицин
<input type="radio"/>	Г	тетрациклин
В	309	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ
<input type="radio"/>	А	сальбутамол
<input type="radio"/>	Б	флутиказон
<input type="radio"/>	В	эуфиллин
<input type="radio"/>	Г	цетиризин
В	310	ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
<input type="radio"/>	А	макролиды
<input type="radio"/>	Б	полусинтетические пенициллины
<input type="radio"/>	В	аминогликозиды
<input type="radio"/>	Г	цефалоспорины
В	311	В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ
<input type="radio"/>	А	препараты сурфактанта
<input type="radio"/>	Б	оксигенотерапию
<input type="radio"/>	В	кортикостероидную терапию
<input type="radio"/>	Г	антибиотикотерапию

В	312	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	кандидоз полости рта и глотки
О	Б	артериальная гипертония
О	В	развитие остеопороза
О	Г	гиперкортицизм
В	313	ХОЛЕРЕТИКИ
О	А	усиливают образование желчи
О	Б	вызывают сокращение желчного пузыря, усиливают отток желчи
О	В	вызывают расслабление желчного пузыря, уменьшают отток желчи
О	Г	снимают спазм сфинктера Одди, способствуют нормализации оттока желчи
В	314	БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРОТИВ HELICOBACTER PYLORI ОБЛАДАЕТ
О	А	висмута трикалия дицитрат
О	Б	сукральфат
О	В	альмагель
О	Г	фамотидин
В	315	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	цитотект
О	Б	ацикловир
О	В	виферон
О	Г	интерферон
В	316	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	свежезамороженную плазму и викасол
О	Б	витамин Е
О	В	антикоагулянты
О	Г	антиагреганты

В	317	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТИЫМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	ванкомицин
О	Б	линкомицин
О	В	эритромицин
О	Г	пенициллин
В	318	ПРОЛОНГИРОВАННЫМ АДРЕНОМИМЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сальметерол
О	Б	сальбутамол
О	В	изопреналин
О	Г	фенотерол
В	319	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повышение сократительной способности миокарда
О	Б	урежение сердечного ритма, удлинение диастолы
О	В	замедление проводимости
О	Г	повышение активности гетеротопных очагов автоматизма
В	320	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	системные глюкокортикостероиды
О	Б	нестероидные противовоспалительные препараты
О	В	антигистаминные препараты
О	Г	спазмолитики
В	321	ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА АРТРИТА В ЕГО ЛЕЧЕНИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	нестероидные противовоспалительные препараты
О	Б	антибиотики

О	В	преднизолон
О	Г	сульфаниламиды
В	322	БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д
О	А	способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта
О	Б	увеличивает продукцию паратгормона
О	В	блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
О	Г	повышает уровень щелочной фосфатазы крови
В	323	ПРИ ВЫСЕВЕ В МОКРОТЕ БОЛЬНОГО МУКОВИСЦИДОЗОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	цефтазидим
О	Б	тетрациклин
О	В	оксациллин
О	Г	цефазолин
В	324	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	бициллинопрофилактику
О	Б	витаминотерапию
О	В	применение антигистаминных препаратов
О	Г	назначение кардиометаболической терапии
В	325	К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 1 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
О	А	хлорпирамин
О	Б	цетиризин
О	В	лоратадин
О	Г	астемизол
В	326	К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 2 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

<input type="radio"/>	А	лоратадин
<input type="radio"/>	Б	диметинден
<input type="radio"/>	В	хифенадин
<input type="radio"/>	Г	мебгбролин
В	327	ОМЕПРАЗОЛ
<input type="radio"/>	А	уменьшает образование соляной кислоты
<input type="radio"/>	Б	является ингибитором H <sub>2</sub> -гистаминовых рецепторов
<input type="radio"/>	В	относится к антацидным препаратам
<input type="radio"/>	Г	влияет на перистальтику кишечника
В	328	КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?
<input type="radio"/>	А	является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
<input type="radio"/>	Б	оказывает отхаркивающее действие
<input type="radio"/>	В	блокирует гистаминовые рецепторы
<input type="radio"/>	Г	является ингибитором синтеза простагландинов
В	329	БЫСТРЫМ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	фуросемид
<input type="radio"/>	Б	гипотиазид
<input type="radio"/>	В	спиронолактон
<input type="radio"/>	Г	ацетазоламид
В	330	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ
<input type="radio"/>	А	до 6 часов
<input type="radio"/>	Б	6-8 часов
<input type="radio"/>	В	8-12 часов
<input type="radio"/>	Г	24 часа

В	331	ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ
О	А	дексаметазоном
О	Б	метилпреднизолоном
О	В	будесонидом
О	Г	мометазоном
В	332	ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	антибактериальная терапия
О	Б	диетотерапия
О	В	спазмолитическая терапия
О	Г	диуретическая терапия
В	333	ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	5 лет
О	Б	3 лет
О	В	10 лет
О	Г	1 года
В	334	ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕВОДЯТ НА ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ В
О	А	санаторий
О	Б	поликлинику
О	В	диагностический центр
О	Г	туберкулезный диспансер
В	335	ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ
О	А	до передачи во взрослую поликлинику

О	Б	10 лет
О	В	5 лет
О	Г	3 года
В	336	ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ
О	А	ежеквартально
О	Б	ежегодно
О	В	ежемесячно
О	Г	еженедельно
В	337	ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО
О	А	отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья
О	Б	числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
О	В	снижению острой заболеваемости
О	Г	снижению детской смертности
В	338	ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
О	Б	осуществление восстановительного лечения
О	В	организация диспансерных осмотров детей врачами–специалистами и лабораторно- диагностических исследований
О	Г	подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
В	339	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ
О	А	в течение трех лет
О	Б	в течение одного года
О	В	до перевода во взрослую сеть здравоохранения

О	Г	в течение пяти лет
В	340	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ
О	А	до перевода ребенка под наблюдение взрослой поликлиники
О	Б	в течение 5 лет
О	В	в течение 3 лет
О	Г	в течение одного года
В	341	РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
О	А	неврологом
О	Б	фтизиатром
О	В	инфекционистом
О	Г	хирургом
В	342	ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ
О	А	до перевода в подростковый кабинет поликлиники
О	Б	в течение 5 лет
О	В	в течение 3 лет
О	Г	в течение 1 года
В	343	ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО
О	А	18 лет
О	Б	10 лет
О	В	7 лет
О	Г	года
В	344	ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

О	А	ультразвукового исследования почек 1 раз в 6 месяцев
О	Б	рентгенографии органов грудной клетки
О	В	общего анализа крови 1 раз в 2 недели
О	Г	гормонального анализа крови
В	345	ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	4 раза в год
О	Б	1 раз в месяц
О	В	6 раз в год
О	Г	2 раза в год
В	346	В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	анализ кала на скрытую кровь
О	Б	пределение общего белка и белковых фракций
О	В	общий анализ мочи
О	Г	клинический анализ крови
В	347	ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА 2-ОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
О	А	6 месяцев
О	Б	год
О	В	3 месяца
О	Г	месяц
В	348	ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ
О	А	исследования желудочной секреции (рН-метрия)

<input type="radio"/>	Б	общего анализа мочи
<input type="radio"/>	В	посева на кишечную группу
<input type="radio"/>	Г	биохимического анализа крови
В	349	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В
<input type="radio"/>	А	три этапа
<input type="radio"/>	Б	пять этапов
<input type="radio"/>	В	два этапа
<input type="radio"/>	Г	шесть этапов
В	350	ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
<input type="radio"/>	А	проведение скрининг-программы медицинской сестрой
<input type="radio"/>	Б	осмотр педиатра
<input type="radio"/>	В	лечение в стационаре
<input type="radio"/>	Г	лабораторное обследование
В	351	ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	карта диспансеризации ребенка
<input type="radio"/>	Б	форма No079/у
<input type="radio"/>	В	форма No112/у
<input type="radio"/>	Г	форма No026/у
В	352	РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЕНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА
<input type="radio"/>	А	фактическую массу тела
<input type="radio"/>	Б	должную массу тела
<input type="radio"/>	В	дефицит массы тела
<input type="radio"/>	Г	фактическую массу тела плюс 10 – 15 %

В	353	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА
О	А	педиатра
О	Б	старшую медицинскую сестру
О	В	заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
О	Г	физиотерапевта
В	354	КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
О	А	беременным женщинам и детям раннего возраста
О	Б	только беременным женщинам
О	В	семье, имеющей детей среднего возраста
О	Г	семье, имеющей детей раннего возраста
В	355	В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ
О	А	медицинская сестра или фельдшер
О	Б	участковый педиатр
О	В	врач-педиатр или медицинская сестра
О	Г	медицинский регистратор
В	356	ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
О	А	месяц
О	Б	год
О	В	3 месяца
О	Г	6 месяцев
В	357	ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ 1 РАЗ В
О	А	квартал

О	Б	2 месяца
О	В	6 месяцев
О	Г	год
В	358	ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
О	А	месяц
О	Б	год
О	В	3 месяца
О	Г	6 месяцев
В	359	РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА НУЖНО СДЕЛАТЬ
О	А	клинический анализ крови и общий анализ мочи
О	Б	глюкозу сыворотки крови
О	В	общий анализ мочи
О	Г	клинический анализ крови
В	360	ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
О	А	в первые 3 дня после выписки из родильного дома
О	Б	на 10-й день жизни
О	В	в возрасте одного месяца
О	Г	в возрасте 2-х месяцев
В	361	ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
О	А	педиатр и медицинская сестра
О	Б	педиатр и терапевт
О	В	детский невропатолог и медицинская сестра
О	Г	педиатр и детский невропатолог

Ф	А/04.7	Проведение профилактических мероприятий для детей по возрастным группам и состоянию здоровья, проведение санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни среди родителей и детей и контроль их эффективности
В	362	БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ
О	А	3, 4, 5
О	Б	1, 3, 4
О	В	2, 3, 5
О	Г	2, 3, 4
В	363	ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	1
О	Б	2
О	В	4
О	Г	5
В	364	ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	2
О	Б	3
О	В	4
О	Г	1
В	365	ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	3
О	Б	2
О	В	4

О	Г	5
В	366	ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ, СО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	4
О	Б	5
О	В	3
О	Г	2
В	367	ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
О	А	5
О	Б	4
О	В	2
О	Г	3
В	368	РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
О	А	эндокринологом
О	Б	эпидемиологом
О	В	ортопедом
О	Г	урологом
В	369	ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ
О	А	ежемесячно
О	Б	еженедельно
О	В	1 раз
О	Г	ежедневно

В	370	ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ
О	А	2 раза в год
О	Б	2 раза в 6 месяцев
О	В	ежемесячно
О	Г	1 раз в год
В	371	ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ
О	А	2 раза в год
О	Б	1 раз в месяц
О	В	1 раз в год
О	Г	4 раза в год
В	372	ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ
О	А	5 лет
О	Б	10 лет
О	В	1 год
О	Г	2 года
В	373	ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ
О	А	кардиохирурга
О	Б	педиатра
О	В	кардиолога
О	Г	ревматолога
В	374	ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ

О	А	2 раза в год
О	Б	1 раз в год
О	В	1 раз в месяц
О	Г	4 раза в год
В	375	ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ
О	А	1 раз в месяц
О	Б	1 раз в год
О	В	2 раза в год
О	Г	1 раз в квартал
В	376	ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ
О	А	мониторирование АД
О	Б	общий анализ крови
О	В	общий анализ мочи
О	Г	ФЭГДС
В	377	БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С
О	А	хронической ревматической болезнью сердца
О	Б	вегетативной дисфункцией
О	В	заболеваниями соединительно ткани
О	Г	гломерулонефритом
В	378	ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В
О	А	месяц
О	Б	квартал

О	В	год
О	Г	6 месяцев
В	379	ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ
О	А	посевы мочи
О	Б	общий анализ крови
О	В	биохимический анализ крови
О	Г	посевы крови
В	380	ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ
О	А	2 раза в год
О	Б	1 раз в год
О	В	2 раза в месяц
О	Г	1 раз в месяц
В	381	ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ
О	А	2 раза в год
О	Б	1 раз в год
О	В	2 раза в месяц
О	Г	1 раз в месяц
В	382	ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ
О	А	1 раз в год
О	Б	2 раза в год
О	В	1 раз в полгода
О	Г	1 раз в 2 года

В	383	ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ _____ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ
О	А	2 лет
О	Б	1 года
О	В	5 лет
О	Г	4 лет
В	384	ПРИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПРОВОДЯ
О	А	1 раз в год
О	Б	2 раза в год
О	В	1 раз в квартал
О	Г	1 раз в месяц
В	385	ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ОСМОТР ПЕДИАТРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В
О	А	месяц
О	Б	год
О	В	6 месяцев
О	Г	4 месяца
В	386	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ PH-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА
О	А	1 раз в год
О	Б	2 раза в год
О	В	1 раз в квартал
О	Г	1 раз в 2 года
В	387	ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

О	А	3 месяца
О	Б	месяц
О	В	6 месяцев
О	Г	год
В	388	РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В
О	А	месяц
О	Б	2 месяца
О	В	3 месяца
О	Г	2 недели
В	389	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ
О	А	вида заболевания
О	Б	стадии заболевания
О	В	осложнений заболевания
О	Г	сопутствующей патологии
В	390	КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	медико-социальная реабилитация больного
О	Б	противорецидивное лечение
О	В	контроль функций поражённых органов и систем
О	Г	статистическая отчётность
В	391	НАЗОВИТЕ МЕРЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ
О	А	предупреждение вирусных инфекций
О	Б	предупреждение поздних осложнений сахарного диабета
О	В	прием витамина D

О	Г	назначение витамина РР
В	392	РЕБЕНОК С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (ЛЕГКАЯ ФОРМА ПОРАЖЕНИЯ ЦНС) НУЖДАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:
О	А	нейросонография (НСГ)
О	Б	электроэнцефалография (ЭЭГ)
О	В	исследование глазного дна
О	Г	компьютерная томография головного мозга
В	393	В ПЛАН ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ЗА РЕБЕНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В ИЛИ С ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:
О	А	ежемесячный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года
О	Б	ежеквартальный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года
О	В	пжеквартальное проведение биохимического анализа крови (с определением уровня общего билирубина и его фракций, тимоловой и сулемовой проб, печеночных ферментов)
О	Г	проведение биохимического анализа крови (с определением уровня общего билирубина и его фракций, тимоловой и сулемовой проб, печеночных ферментов) в начале наблюдения и перед снятием с учета
В	394	НАЗОВИТЕ СРОКИ СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ПОЛИКЛИНИКЕ
О	А	на месяц
О	Б	на 6 месяцев
О	В	на год
О	Г	на 2 года
В	395	ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ:
О	А	клинический анализ крови
О	Б	биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции)

О	В	соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий
О	Г	УЗИ органов брюшной полости
В	396	УКАЖИТЕ СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ РЕВМАТИЗМ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПРИ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ И ОТСУТСТВИИ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА:
О	А	1 год
О	Б	2 года
О	В	3 года
О	Г	5 лет
В	397	НАЗОВИТЕ СРОКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ (ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ):
О	А	через 1,5 месяца
О	Б	через 24 часа
О	В	через 72 часа
О	Г	через 36 часов
В	398	ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИИ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	1 раз в год
О	Б	2 раза в год
О	В	4 раза в год
О	Г	6 раз в год
В	399	ЛЕЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:
О	А	гипотензивная терапия
О	Б	активная иммуносупрессивная терапия
О	В	янтарная кислота (увеличение макроэргических связей)
О	Г	мембраностабилизаторы

В	400	НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ:
О	А	«Немая» йодная профилактика
О	Б	групповая йодная профилактика
О	В	диета, обогащенная капустой и репой
О	Г	коррекция дефицита меди, кобальта, цинка

### **Список вопросов к экзамену:**

1. Фармакотерапия бронхиальной астмы у детей.
2. Бронхиты у детей.
3. Особенности заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста.
4. Дифференциальная диагностика пневмонии у детей раннего возраста.
5. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
6. Врожденные и приобретенные пороки сердца и крупных сосудов.
7. Острая и хроническая недостаточность кровообращения
8. Диффузные болезни соединительной ткани
9. Вегето-сосудистая дистония.
10. Первичные и вторичные артериальные гипотензии и гипертензии.
11. Особенности адаптации новорождённого и ее нарушения.
12. Особенности билирубинового обмена и его патология.
13. Приобретенные неинфекционные состояния и болезни кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Адипонекроз. Слередема. Склерема.
14. Инфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки. Катаральный омфалит. Язва пупка. Заболевания пупочных сосудов. Гангрена пупочного канатика.
15. Особенности системы дыхания новорожденного и ее патология.
16. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы новорожденного. Половой криз.
17. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переход на кровообращение. Транзиторное нарушение переходного кровообращения.
18. Особенности диспансеризации детей до года.
19. Основы иммунопрофилактики.

20. Особенности диспансеризации детей школьного возраста.
21. Организация восстановительного лечения детей с хроническими заболеваниями.
22. Дифференциальная диагностика вирусных инфекций.
23. Методы обследования здоровых детей до года.
24. Виды лечебного питания у детей до года.
25. Рациональные принципы антибиотикотерапии у детей.
26. Оказание реанимационной помощи у детей.
27. Вскармливание детей до года.
28. Терминальные состояния
29. Судорожный синдром.
30. Острые отравления у детей.
31. Шоки у детей
32. Дифференциальная диагностика ком
33. Патогенез кардиогенного шока
34. Ишемия мозга
35. Внутрижелудочковые кровоизлияния
36. Травматическое повреждение нервной системы
37. Субарахноидальное кровоизлияние
38. Гнойные менингиты
39. Паралич Эрба-Дюшена
40. Хронические расстройства питания
41. Желтухи новорожденных и детей грудного возраста
42. Пограничные состояния у новорожденных
43. Аномалии конституции у детей
44. Дифференциальная диагностика пневмоний у детей раннего возраста
45. Преимущества грудного вскармливания
46. Мероприятия при остановке сердца
47. Неотложная помощь при остановке дыхания
48. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
49. Электротравмы и утопления

50. ЧМТ
51. Первичные реанимационные мероприятия
52. Паллиативная медицинская помощь как вид медицинской помощи.
53. Принципы и философия паллиативной медицины.
54. Особенности курации неизлечимых больных: оценка состояния и критериев исхода.
55. Предпосылки для создания детской паллиативной помощи
56. Особенности структуры патологии и смертности у детей
57. Причины и источники хронической боли различного генеза. Диагноз хронической боли.
58. Многофакторная концепция хронической боли. Болевое поведение.
59. Методы диагностики хронической боли.
60. Классификация лекарственных средств для лечения хронической боли.
61. Основы терапии хронической боли.
62. Вопросы этики и деонтологии при коммуникации с клиентами, родственниками и ближайшим окружением.
63. Общие правила информирования. Сообщение «тяжелых новостей».
64. Особенности коммуникаций с пациентами, страдающими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями.
65. Поддерживающее консультирование. Особенности психологического восприятия болезни и смерти в различные периоды жизни детей.
66. Цель паллиативной медицинской помощи и ухода на дому.
67. Содержание мероприятий паллиативной медицинской помощи и ухода на дому.
68. Участие в процессе профессиональных и непрофессиональных работников.
69. Принципы организации паллиативной медицинской помощи в РФ.
70. Структура и основные направления деятельности подразделений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям.
71. Хосписный уход как неотъемлемая часть паллиативной медицинской помощи инкурабельным больным в учреждениях социального обслуживания.

72. Преимущество и этапность оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно и на дому.
73. Психологические и социальные проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Вопросы этики и деонтологии.
74. Психологическая помощь детям в терминальной стадии заболевания.
75. Психологическая помощь членам семьи больного в терминальной стадии заболевания.
76. Правовые и психолого-социальные аспекты социальной работы с онкологическими больными.
77. Специализированные подразделения для оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.
78. Методология паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.
79. Лечение хронической боли онкологического генеза
80. Этапы развития медицинской этики и деонтологии. Биоэтика
81. Критерии смерти. Понятия «клиническая смерть», «биологическая смерть» и «смерть мозга».
82. В чем суть положений Федерального закона № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 32 и 36), определяющих паллиативную медицинскую помощь.
83. Что определяют основные положения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"

## **Фонд экзаменационных билетов:**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 N514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»..
2. Желтухи новорожденных. Дифференциально-диагностический алгоритм. Лечение.
3. Астматический статус. Диагностика. Алгоритм неотложной терапии.
4. Секреторные диареи у детей 1-го года жизни. Диагностика. Лечение. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Иммуитет. Механизмы иммунологических реакций. Понятие о первичном и вторичном иммунодефиците.
2. Пневмонии новорожденных. Этиология. Врожденные и постнатальные пневмонии. Алгоритм антибактериальной и посиндромной терапии.
3. Аритмии сердца у детей. Клинические формы. Алгоритм неотложной терапии.
4. Особо опасная инфекция. Работа в очаге инфекции.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Диагностический алгоритм. Первичный и возвратный ревматизм. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
2. Перинатальные поражения ЦНС новорожденных детей. Классификация. Клинические формы. Лечение. Реабилитация.
3. Синдром «острого живота» в практике педиатра. Дифференциальная диагностика. Наблюдение и ведение больного.
4. ОРВИ у детей. Этиология. Эпидемиология. Дифференциально -диагностический алгоритм. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Пневмонии у детей раннего возраста. Этиология. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии. Алгоритмы антибактериальной терапии.
2. Локализованная гнойная инфекция у новорожденных детей. Клинические формы. Тактика педиатра.
3. Шок. Причины у детей. Клинические формы. Алгоритм неотложной помощи.
4. Энцефалит. Этиология. Клинические формы. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Хронические гломерулонефриты у детей. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностический алгоритм. Лечение. Диспансерное наблюдение в поликлинике.
2. Внутриутробные инфекции. Этиология. Патогенез. Диагностический алгоритм. Клинические проявления.
3. Кровотечения у детей. Синдром внутреннего кровотечения. Диагностика. Алгоритм неотложной терапии. Тактика педиатра.
4. Методы лечения ОРВИ у детей. Показания к антибактериальной терапии.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Гастродуоденит у детей. Факторы риска. Современное представление об этиологии и патогенезе. Клинико-инструментальная диагностика. Терапевтический алгоритм. Наблюдение в детской поликлинике.
2. Геморрагическая болезнь новорожденных. Клинические формы. Лечение.
3. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Клинические формы. Алгоритм неотложной терапии.
4. Менингиты у детей. Причины. Классификация. Дифференциальный диагноз. Алгоритмы лечения.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Вегето-сосудистые дистонии. Причины у детей. Факторы риска. Клинические формы. Диагностика. Риск развития гипертонической болезни. Профилактика.
2. СДР. Причины у новорожденных. Диагностический алгоритм. Лечение.
3. Острая почечная недостаточность. Причины у детей. Неотложная терапия.
4. ОРИ и грипп.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Понятие аллергии. Механизм аллергических реакций. Псевдоаллергические реакции. Современные подходы к лечению аллергических болезней.
2. Анемии новорожденных детей. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение.
3. Острая сосудистая недостаточность (коллапс). Клинические формы. Алгоритмы неотложной терапии.
4. Инвазивные диареи у детей. Нозологические формы. Дифференциальная диагностика. Показания к антибактериальной терапии.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Инфекция мочевыводящих путей у детей. Алгоритм диагностики и лечения.
2. Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных детей.
3. Атопический дерматит у детей. Диагностика. Принципы лечения
4. Ротавирусная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностический алгоритм. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Неревматические миокардиты у детей. Причины. Диагностический алгоритм. Лечение.
2. Эндокринопатии новорожденных (диабетическая фетопатия; гипотиреоз; неонатальный тиреотоксикоз и др.)
3. Синдром бронхообструкции у детей. Причины. Морфологические и клинические критерии. Алгоритм терапии на дому и в стационаре.
4. Дизентерия у детей. Эпидемиология. Классификация. Диагностический алгоритм. Риск развития хронической дизентерии. Алгоритм и антибактериальная терапия. Показания к госпитализации.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Сахарный диабет у детей. Риск развития. Классификация. Ранняя диагностика. Алгоритмы инсулинотерапии. Риск осложнений.
2. Сепсис. Этиология. Клинические формы. Диагностический алгоритм. «Маски» сепсиса. Лечение.
3. Судорожный синдром у детей. Причины. Патогенетические аспекты. Клиника. Алгоритм неотложной терапии.
4. Нозокомиальные инфекции. Риск внутрибольничного инфицирования. Профилактика. Диагностика. Работа педиатра в очаге (приказ № 345).

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Наблюдение за ребенком первого года жизни на педиатрическом участке в современных условиях. Группа «риска».
2. Гемолитическая болезнь новорожденных. Факторы риска. Клинические формы. Профилактика. Лечение.
3. Острые отравления. Стадии острых отравлений. Алгоритм поэтапной неотложной терапии.
4. Герпетическая инфекция. Эпидемиология. Нозологические формы. Клиника. Диагностика. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Бронхит у детей. Этиология. Клинические формы. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз с острой пневмонией. Лечение на дому.
2. Родовая травма спинного мозга. Клинические формы. Лечение. Реабилитация.
3. Синдром внезапной смерти. Факторы риска. Морфологическая картина. Мониторинг. Профилактика.
4. Вирусные гепатиты. Клинико-лабораторная характеристика. Профилактика. Ранняя диагностика. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Заболевания желчевыводящих путей у детей. Современные представления о патогенезе. Классификация. Диагностический алгоритм. Лечение. Реабилитация. Профилактика обострений.
2. Современные принципы вскармливания детей первого года жизни в зависимости от вида (естественное, смешанное, искусственное). Организация прикорма.
3. Острая дыхательная недостаточность. Причины у детей. Степени тяжести. Клинические проявления. Алгоритмы дифференцированной неотложной терапии.
4. Хламидийная и микоплазменная инфекции. Клинические формы у детей. Диагностика. Алгоритм антибактериальной терапии.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клинические проявления. Диагностический алгоритм. Диспансерное наблюдение.
2. Недоношенный ребенок. Критерии недоношенности. Стандарты выхаживания. Организация работы отделений патологии недоношенных детей. Наблюдение на педиатрическом участке.
3. Заболевания поджелудочной железы у детей (острый и хронический панкреатит). Клиника. Патоморфоз. Диагностический алгоритм. Лечение.
4. Стрептококковая инфекция. Эпидемиология. Клинические формы. Алгоритм антибактериальной терапии.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16**

итогового экзамена в ординатуре по специальности

«Педиатрия»

1. Геморрагический васкулит (болезнь Шёнлейна-Гёноха) у детей. Этиология. Патогенетические аспекты. Дифференциальная диагностика. Алгоритм лечения. Диспансерное наблюдение.
2. Методы оценки физического развития у детей.
3. Токсико-эксикоз у детей. Степени и виды токсико-эксикоза. Алгоритм лечения.
4. Туберкулез у детей. Современная эпидемиологическая ситуация. Классификация. Клинические формы у детей. Алгоритм ранней диагностики. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17**

итогового экзамена в ординатуре по специальности

«Педиатрия»

1. Домашние пневмонии. Этиология. Диагностический алгоритм. Алгоритм антибактериальной терапии. Ступенчатая терапия.
2. Оценка психоневрологического статуса у ребенка первого года жизни.
3. Лихорадка. Причины. Клинические формы. Синдром гипертермии. Алгоритмы лечения и неотложной терапии.
4. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Особенности клиники и течения ВИЧ-инфекции у детей. Риск инфицирования. Алгоритм ранней диагностики. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18**

итогового экзамена в ординатуре по специальности

«Педиатрия»

1. Пиелонефрит у детей. Причины. Клинические формы. Диагностический алгоритм и дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение в поликлинике.
2. Цитомегаловирусная инфекция у новорожденных детей.
3. Острая сердечная недостаточность. Причины у детей. Степени тяжести. Алгоритм неотложной терапии.
4. Вакцинопрофилактика в педиатрии. Прививочный календарь. Группы риска по постпрививочным реакциям. Профилактика осложнений.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, недифференцируемый неспецифический колит). Диагностический алгоритм. Алгоритмы лечения. Диспансерное наблюдение.
2. Пограничные состояния у новорожденных детей. Тактика педиатра.
3. Иородное тело дыхательных путей. Алгоритм диагностики и неотложной терапии.
4. Синдром длительного субфебрилитета. Диагностический поиск.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Госпитальные пневмонии у детей. Этиология. Клинические варианты (КАП, ВАП и др.). Алгоритмы посиндромной и антибактериальной терапии. Риск осложнений.
2. Аллергия к белкам коровьего молока у детей 1го года жизни. Подходы к диагностике и коррекции.
3. Острая печеночная недостаточность. Диагностические критерии. Алгоритм неотложной терапии.
4. Особо опасные инфекции. Эпидемиологическая настороженность. Диагностический алгоритм. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №21**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Хронические гепатиты и цирроз печени. Современные представления о патогенезе. Классификация. Диагностический алгоритм. Лечение. Диспансерное наблюдение.
2. Этиологический спектр и клинические особенности течения ОКИ у детей раннего возраста. Тактика педиатра.
3. Алгоритмы неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы в зависимости от степени тяжести.
4. Дифтерия. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №22**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Диагностический алгоритм. Лечение. Риск осложнений. Диспансерное наблюдение в поликлинике.
2. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных детей. Тактика педиатра
3. Синдром внутриплеврального напряжения. Диагностический алгоритм. Неотложная терапия. Тактика педиатра.
4. Полиомиелит. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Лечение. Полиомиелитоподобные заболевания. Вакцинассоциированный полиомиелит. Дифференциальный диагноз.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №23**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Бронхиальная астма. Этиология. Риск развития у детей. Современные представления о патогенезе. Ранняя диагностика. Базисная терапия. Мониторинг.
2. Синдром мальабсорбции у детей.
3. Острая черепно-мозговая травма. Диагностический поиск. Алгоритм неотложной терапии.
4. Эшерихиозы у детей. Эпидемиология. Клинические формы. Дифференциальный диагноз с вирусными диареями. Алгоритм лечения.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №24**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Приобретенные пороки сердца. Клиническая и инструментальная диагностика. Диспансерное наблюдение. Показания к операции.
2. Неонатальный скрининг
3. Отравления грибами. Клинические варианты. Тактика педиатра. Алгоритмы неотложной помощи на различных этапах.
4. Коклюш. Паракклюш. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Риск осложнений.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №25**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Язвенная болезнь у детей. Современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Алгоритмы лечения.
2. Эпилепсия. Причины у детей. Алгоритмы диагностики. Лечение.
3. Заболевания крови у детей, требующие неотложной терапии.
4. Эпидемический паротит. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы. Риск осложнений. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №26**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Дисметаболические нефропатии. Причины. Патогенетические аспекты. Дифференциальный диагноз. Алгоритмы лечения.
2. Метаболические нарушения у новорожденных детей.
3. Наркомания и токсикомания. Острое наркотическое отравление. Абстинентный синдром, Алгоритмы неотложной терапии.
4. Бактериальные ОРЗ у детей. Этиология. Клинические особенности. Алгоритмы антибактериальной терапии.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №27**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Периоды детского возраста. Роль возрастного фактора в патологии ребенка.
2. Поздние проявления перинатального поражения мозга. Причины. Патоморфоз. Алгоритмы диагностики и лечения.
3. Синдром рвоты у детей. Причины. Дифференциально-диагностический алгоритм. Неотложная терапия и тактика педиатра при различных клинических ситуациях.
4. Заболевания ЛОР-органов у детей. Нозологические формы. Диагностика. Лечение. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №28**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Принципы рациональной антибактериальной терапии.
2. Анемии у детей. Причины. Клинико-лабораторные формы. Диагностика. Лечение.
3. Диабетические комы. Тактика педиатра.
4. Сальмонеллез. Эпидемиология. Клинические формы. Диагностика. Сальмонеллез как внутрибольничная инфекция. Лечение. Тактика педиатра в очаге.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №29**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Злокачественные заболевания крови у детей. Острый и хронический лейкоз. Лимфогранулематоз. Этиопатогенез. Клиника. Алгоритм ранней диагностики. Тактика педиатра.
2. Современные представления о рахите и рахитоподобных заболеваниях.
3. Хроническая почечная недостаточность. Причины у детей. Алгоритмы лечения.
4. Иерсениозная инфекция. Эпидемиология. Клинические формы. Диагностический алгоритм. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №30**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Ревматоидный артрит и диффузные заболевания соединительной ткани. Критерии диагностики. Дифференциальный диагност. Алгоритмы лечения. Диспансерное наблюдение.
2. Муковисцидоз. Клинические формы. Современная тактика терапии.
3. ДВС - синдром. Причины у детей. Патогенез. Стадии ДВС - синдрома. Диагностический алгоритм. Неотложная терапия.
4. Сроки изоляции больных детей с капельными инфекциями и контактными с ними лиц. Работа в эпид. очаге.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №31**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Заболевания щитовидной железы у детей различного возраста. Нозологические формы. Алгоритм диагностики. Лечение. Диспансерное наблюдение.
2. Гельминтозы у детей (аскаридоз, энтеробиоз, токсокароз). Клиника. Диагностические критерии. Лечение.
3. Острая надпочечниковая недостаточность в детском возрасте. Причины. Патогенез. Клиника. Алгоритм неотложной терапии.
4. Пневмонии у детей старшего возраста Критерии диагностики. Терапевтическая тактика.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №32**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Вакцинация. Календарь прививок. Показания. Противопоказания.
2. Асфиксия новорожденных. Причины. Методы оценки. Неотложная помощь
3. Адреногенитальный синдром у детей. Лечение.
4. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Особенности течения у детей. Алгоритм диагностики. Тактика педиатра.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №33**

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Проблема часто болеющих детей. Методы оздоровления.
2. Судорожный синдром у новорожденных детей. Причины. Лечение.
3. Гемолитико-уремический синдром. Причины у детей. Неотложная терапия.
4. Дифференциальная диагностика менингитов и энцефалитов в детском возрасте.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н.. профессор

Е.И.Клещенко

### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №34

итогового экзамена в ординатуре по специальности  
«Педиатрия»

1. Наследственные хромосомные болезни у детей. Наиболее часто встречающиеся нозологические формы. Тактика педиатра.
2. Сердечная и дыхательная реанимация у новорожденных детей.
3. Неотложные состояния у детей при экзогенных физических воздействиях. Алгоритмы неотложной терапии. (электротравма, утопление, ожоги)
4. Корь, краснуха. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Риск осложнений.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом  
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И.Клещенко

#### Фонд ситуационных задач:

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Родился с массой 4000 г, рост 52 см.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, усилилась жажда, участилось мочеиспускание. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, рвота, боли в животе, сонливость.</p> <p>При осмотре: поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы сухие. Тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации напряжен.</p> <p>В анализах: Общий анализ крови: НЬ – 135 г/л, эр – <math>4,1 \times 10^{12}/л</math>, лейкоц – <math>8,5 \times 10^9/л</math>; нейтрофилы: п/я – 4%, с/я – 50%; э – 1%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – слабо мутная; относительная плотность 1035, реакция – кислая; белок – нет, глюкоза 2%, ацетон – «+++».</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.</p> <p>КОС: рН – 7,1; рО<sub>2</sub> - 92 мм рт.ст.; рСО<sub>2</sub> - 33,9 мм рт.ст., ВЕ= -15.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Сахарный диабет I типа, впервые выявленный, кетоацидоз.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена степень декомпенсации.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб на потерю веса, появление жажды, полиурии, слабости, вялости; анамнеза: жалобы появились после перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, усилились жалобы, появилась тошнота, рвота, боли в животе, сонливость; объективных данных обследования гипергликемия до 28 ммоль/л, кетонурия, глюкозурия, кетоацидоза, псевдоабдоминального синдрома.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: без учёта лабораторных данных.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для оценки функционального состояния бета клеток определение уровня С-пептида в сыворотке крови, определение уровня гликированного гемоглобина (HbA <sub>1c</sub> ).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Заместительная инсулинотерапия в дозе в среднем 0,5-1 ЕД/кг/сут инсулинами короткого или ультракороткого действия 3-4 раза в сутки, пролонгированного действия 1-2 раза в сутки. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами. Обучение в школе диабета.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
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, кроме инсулинотерапии.
В	5	Через 1 месяц инсулинотерапии на фоне проведения самоконтроля отмечается стабилизация уровня гликемии, отсутствие кетонурии, улучшение самочувствия (отсутствия жажды, полиурии, сухости кожи, прибавки массы тела). Ваша дальнейшая лечебная тактика, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Продолжение инсулинотерапии с учётом показателей уровня гликемии и

		физической нагрузки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, протекавшей нормально, 2 срочных родов. 1-я беременность протекала без патологии, ребенок здоров. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы II степени. Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.</p> <p>Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки.</p> <p>На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Рост – 75 см, вес – 9,5 кг.</p> <p>В анализах:  Общий анализ крови: НЬ – 91 г/л, эр – <math>3,8 \times 10^{12}/л</math>, ц.п. – 0,85, лейкоц – <math>9,0 \times 10^9/л</math>; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час.  Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.  Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 135,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 60,2 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, билирубин общ. – 7,5 мкмоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденный гипотиреоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без учёта этиологии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Установлен на основании анамнеза: длительная желтуха новорождённых, вялость при сосании, задержка психомоторного развития, склонность к запорам, плохая прибавка в весе; объективных данных: бледность, сухость кожи и волос, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов, задержка физического развития; лабораторных данных: анемия, гиперхолестеринемия.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: без учёта данных физического развития.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, сТ3, сТ4). УЗИ щитовидной железы ( гипоплазия либо её отсутствие). Рентгенограмма кисти ( определение костного возраста).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Заместительная терапия тиреоидными препаратами (Левотироксин натрия, начальная доза 10-15 мкг/сут.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны верные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное. кроме
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме тиреоидных.
B	5	Через 6 месяцев регулярной заместительной терапии тиреоидными гормонами отмечается положительная динамика в виде повышения темпов роста, психомоторного развития, нормализации мышечного тонуса, отсутствия запоров , нормализация ТТГ, сТ4. Дальнейшая тактика, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Продолжить заместительную терапию тиреоидными гормонами под контролем роста-весовых показателей, психомоторного развития, уровня тиреоидных гормонов.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.</p> <p>Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий.</p> <p>Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.</p> <p>При осмотре: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.</p> <p>В анализах: Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эр – 3,9x10<sup>12</sup>/л, лейкоц. – 5,5x10<sup>9</sup>/л; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм.</p> <p>УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Экзогенно-конституциональное ожирение II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без учёта степени ожирения и этиологии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб: на избыточный вес, повышенный аппетит; семейного анамнеза: родители имеют избыточный вес, в семье употребляют много сладкого, жирного, выпечных изделий; данных объективного осмотра: ИМТ 30 кг/м <sup>2</sup> , избыток подкожно-жирового слоя на груди и животе, печень +1см; данных обследования: гиперхолестеринемия, УЗИ желудочно-кишечного тракта, увеличение печени.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не учтён индекс массы тела.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э	-	Оральный глюкозотолерантный тест, триглицериды, ЛПНМ и ЛПВП, определение АСТ и АЛТ. ТТГ, свободный Т4, суточный профиль АД.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Диетотерапия стол №8, ЛФК. Орлистат по показаниям. Иглорефлексотерапия.
P2	-	Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана неполная тактика лечения.
P0	-	Ответ неверный: выбрана неверная тактика лечения.
В	5	Через 6 месяцев диетотерапии, дозированных физических нагрузок отмечается снижение массы тела на 20 %, нормализация холестерина, повышение физической активности, необходимости в назначении Орлестата нет. Дальнейшая тактика, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Продолжить проведение диетотерапии с дозированными физическими нагрузками.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Ребенок К., 24 дня, от 1-й беременности, 1-х срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см.  При осмотре: было выявлено неправильное строение наружных гениталий (гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота. С 3-й недели жизни состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски. В анализах: Общий анализ крови: НЬ – 115 г/л, Эр – 5,0x10 <sup>12</sup> /л, Лейк – 9,5x10 <sup>9</sup> /л; нейтрофилы: п/я – 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 8%. Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7

		ммоль/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л. Гормональный профиль: 17-оксипрогестерон – 10 нмоль/л (N- 1,3 – 6,9 нмоль/л); кортизол – 41 нмоль/л (N- 180 – 600 нмоль/л); АКТГ – 20 нмоль/л (N- 2-11 пмоль/л). Кариотип: 46 XX.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без указания формы заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании анамнеза: ухудшение состояния на третьей неделе жизни при появлении жидкого стула, рвоты; объективных данных: неправильное строение наружных гениталий, бледность кожных покровов с сероватым оттенком, гиперпигментация, мышечная гипотония, вялость при сосании, жидкий стул; данных обследования: гипонатриемия, гиперкалиемия, гипокортизолемиа, повышение АКТГ и 17-оксипрогестерона, нормальный кариотип 46 хх.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: без учёта анамнеза, данных генетического и лабораторного исследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	УЗИ надпочечников, малого таза, консультация гинеколога, молекулярно-генетическое исследование.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Заместительная терапия глюкокортикоидами 20 мг/м2 в 3 приёма (Кортеф), минералокортикоидами 0,1-0,3 мг/сут в 3 приёма (Кортинефф).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной

		группы верное, но не полное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов кроме глюкокортикоидов и минералокортикоидов.
B	5	Через месяц после приёма препаратов (глюкокортикоидов и минералокортикоидов) отмечается прибавка массы тела, роста, нормализация цвета кожных покровов, тургора ткани, нормализация 17-оксипрогестерона, электролитов в сыворотке. Ваша дальнейшая тактика, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Оставить гормональную терапию без изменений, динамическое наблюдение за росто-весовыми показателями электролитов крови и 17-оксипрогестерона.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Д., 6 лет. В течение последнего года отмечены увеличение грудных желёз, кровянистые выделения и половых органов. Девочка от первой беременности, протекавшей без особенностей, преждевременных родов на 37-1 неделе. При рождении масса тела 2800 г, рост- 26 см. Раннее развитие без особенностей.</p> <p>Объективно: рост- 130 см, масса тела-28 кг. Молочные железы и ареолы выступают в виде конуса, без границы между ними, появляется окрашивание ареолы (Ma2). Рост пигментированных длинных волос, распространяющихся на область лобка (P2).</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин-130 г/л, эритроциты-4,1x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты-5,5x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные-1%, сегментоядерные-52%, эозинофилы-1%, лимфоциты-41%, моноциты-5%, СОЭ-4 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность хорошая, удельный вес-1015, реакция кислая, белка, сахара нет, реакция на ацетон отрицательная.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 моль/л, натрий – 140 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, холестерин – 5 ммоль/л ( норма – 10-70 пмоль/л).</p> <p>Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: костный возраст 12 лет.</p> <p>МРТ головного мозга: гипоталамическая гамартома.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Преждевременное половое развитие, гонадотропинзависимая форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без указания формы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб: на увеличение грудных желёз, кровянистые выделения и половых органов; анамнеза: жалобы появились в течение последнего года; данных объективного осмотра: Молочные железы и ареолы выступают в виде конуса, без границы между ними, появляется

		окрашивание ареолы (Ma2). Рост пигментированных длинных волос, распространяющихся на область лобка (P2); данных обследований: опережение костного возраста ( 12 лет) , данных МРТ головного мозга (гипоталамическая гамартома).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: без учёта данных МРТ.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Определение ЛГ, ФСГ в исходном уровне и на фоне введения люлиберина, УЗИ малого таза, надпочечников, 17-ОНР, бета ХГЧ, ДГЭА, эстрадиола, тестостерона.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пролонгированные аналоги Люлиберина ( Трипторелин).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме пролонгированных аналогов Люлиберина.
В	5	Через 6 месяцев лечения препаратами Люлиберина замедление темпов роста, прогрессирование признаков полового развития, нормальные показатели ЛГ, ФСГ, отсутствие прогрессирования костного возраста. Ваша дальнейшая тактика, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Продолжить терапию пролонгированными аналогами Люлиберина.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Наташа Г., 12 лет. От 1 беременности, 1 срочных родов, протекавших

		<p>нормально. Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы. После очередного обострения хронического тонзиллита состояние ребенка стало постепенно ухудшаться, появилась потливость, раздражительность, быстрая утомляемость.</p> <p>При осмотре: При осмотре в поликлинике отмечалась тахикардия. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматизм».</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, повышенная потливость. Щитовидная железа диффузно увеличена до II степени. Умеренно выраженный экзофтальм, симптомы Дальримпля и Мебиуса положительные, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно-систолический шум. Пульс 110 в 1 мин., АД 140/50 мм.рт.ст. Тремор пальцев рук.</p> <p>В анализах: Общий анализ крови: НЬ – 120 г/л, Эр – 3,9x10<sup>12</sup>/л, Лейк – 5,5x10<sup>9</sup>/л; н – 25%, э – 2%, л – 50%, м – 20%, тромбоциты – 140x10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая; удельный вес 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ: повышение амплитуды зубцов Р, R, неспецифические изменения зубца Т, синусовая тахикардия.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диффузный токсический зоб средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана степень тяжести заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб на тахикардию, учащённое сердцебиение, раздражительность, утомляемость, выраженную потливость; объективных данных: увеличение щитовидной железы, потливость, умеренно выраженный экзофтальм, симптомы Дальримпля и Мебиуса, тахикардия, повышение АД, тремор пальцев рук; данных обследования: гипохолестеринемия, на ЭКГ синусовая тахикардия, повышение амплитуды зубцов Р и R.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не включены данные обследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Определение ТТГ,сТ3, сТ4, УЗИ щитовидной железы, АТ к рецептору ТТГ.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет

		обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Тиреостатические препараты – Тиамазол 0,5-1 мг/кг/сут, 2-3 приёма, бета- адреноблокаторы, седативная терапия.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован.
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 кроме тиреостатических препаратов.
B	5	Через 6 недель на фоне лечения тиреостатическими, седативными и препаратами бета- блокаторов отмечалась нормализация ЧСС, уменьшение потливости, раздражительности, нормализация тиреоидных гормонов. Ваша дальнейшая тактика, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	При стойком сохранении эутиреоза -снижение дозировки тиреостатиков по схеме: 1 раз в неделю уменьшают суточную дозу на 5 мг до 10 мг, затем уменьшение 2,5 мг в неделю до поддерживающей дозы 2,5-5 мг/сут на 2-3 года терапии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной М, 9 лет, поступил с жалобами на задержку роста. От I беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, I срочных физиологических родов. Родился с массой тела-3150 кг, рост- 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет жалобы на замедление темпов роста до 3 см в год. При осмотре: рост 105 см, масса тела 16 кг, тургор тканей снижен, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие и тонкие). В анализах: Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эр – 3,9x10 <sup>12</sup> /л, Лейк – 5,5x10 <sup>9</sup> /л; п/я – 1%, с/я – 52%, э – 1%, л – 41%, м – 5%, тромбоциты – 200x10 <sup>9</sup> /л, СОЭ - 4 мм/час.

		<p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон отрицательный.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.</p> <p>Гормональный профиль: СТГ исходная 0,2 нмоль/л, СТГ после стимуляции-1,2 нмоль/л ( норма &gt;10 нмоль/л). ТТГ 1,37 мМЕ/мл (норма 0,3-3,5), сТ4 -12,3пмоль\л ( норма 10-25).</p> <p>Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: костный возраст 5 лет.</p> <p>МРТ головного мозга ( гипоплазия гипофиза).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипопитуитаризм (гипофизарный нанизм): изолированный дефицит гормона роста.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без учёта этиологии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб на задержку роста; анамнеза: С 2,5 лет жалобы на замедление темпов роста до 3 см в год; объективных данных: показатели роста сверхнизкие, тургор тканей снижен, характерное перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие и тонкие); данных исследования: отставание костного возраста, отсутствие подъёма СТГ после стимуляции, на МРТ гипоплазии гипофиза.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: без учёта показателей СТГ после стимуляции.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Молекулярно-генетическое исследование, консультация генетика, определение инсулиноподобного фактора роста.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали

		пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Заместительная терапия соматотропином в дозе 0,033 на кг/сут.
P2	-	Выбрана верная группа препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, в сочетании с необоснованными препаратами.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме соматотропина.
В	5	Через 12 месяцев лечения отмечается ускорение темпов роста до 1 см в месяц, уменьшение отложения подкожно-жировой клетчатки, повышение мышечного тонуса, прогрессирование костного возраста на 1 год. Дальнейшая тактика лечения, обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Продолжить заместительную терапию соматотропином, увеличение дозы проводить с учётом прибавки веса и уровня инсулиноподобного фактора роста, определения уровня тиреоидных гормонов.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик, 5 лет. Обратился с жалобами на субфебрилитет, недомогание, болезненные кожные высыпания в виде волдырей, появившиеся сначала на стопах, затем на кистях и вокруг рта, везикулярные элементы на небных дужках. Младшая сестра переносит стоматит.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Энтеровирусная инфекция Коксаки А16.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является «Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей». Заболевание протекает с лихорадкой, ухудшением аппетита, недомоганием, болью в горле. На слизистой оболочке щек и часто на языке появляются везикулярные высыпания. Обычно позже болезненные везикулы возникают и на тыльной стороне кистей, на ладонях. Везикулы сливаются в пузыри и быстро вскрываются. Примерно у 1/3 больных наблюдаются высыпания на небе, увуле, небных дужках; у некоторых — на стопах, в том числе на подошвах. Могут появиться элементы сыпи на ягодицах. Поражение кожи заживает в течение 1 недели. Болезнь очень заразна, особенно для детей раннего возраста. Возбудителями являются энтеровирусы Коксаки А, чаще всего 16-го серотипа (у нашего пациента была выявлена положительная ПЦР на энтеровирусы в материале, полученном с элементов высыпаний).

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не проведен дифференциальный диагноз
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, общий анализ мочи, ПЦР на энтеровирусы в материале, полученном с элементов высыпаний.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	Вирусная эритема в большинстве случаев не требует никакого специального лечения. Антигистаминные препараты и системные глюкокортикостероиды не эффективны. Учитывая ранние сроки болезни обосновано назначение противовирусных препаратов. В этом случае показана симптоматическая терапия.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
В	5	Проведите дифференциальную диагностику
Э	-	В случае инфицирования вскрывшихся пузырей на коже действительно возможна пиодермия. У нашего пациента элементы сыпи на лице, у крыльев носа очень похожи на инфицированные, однако характерная локализация везикул, а также анамнез указывают на первичную энтеровирусную этиологию болезни. Атопический дерматит или аллергическая сыпь обычно имеют другую, менее специфичную локализацию. Характер элементов сыпи также говорит против аллергического поражения кожи. Везикулярная сыпь при ветряной оспе не имеет такой специфической локализации, как у данного пациента. Кроме того, ветрянке свойственна этапность: высыпания распространяются с головы к нижним конечностям.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен полностью и верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен верно, но не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз составлен полностью неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Девочка, 16 лет, поступила с жалобами на ежедневные приступы затрудненного дыхания. Потребность в сальбутамоле — 3-12 ингаляций в

		<p>день. Ночных приступов удушья нет; приступы возникают в течение дня внезапно, сопровождаются тяжестью в груди, затруднением вдоха, страхом удушья, головокружением. Девочка с раннего возраста наблюдается по поводу атопической бронхиальной астмы. В течение последних 3 лет болезнь плохо контролируется, несмотря на базисную терапию флутиказона пропионатом в дозе 1000 мкг/сут и формотеролом — по 24 мкг/сутки.</p> <p>SpO<sub>2</sub> на высоте приступа: 100% при дыхании комнатным воздухом IgE общий: 680 МЕ/мл</p> <p>Кожные пробы: умеренная бытовая, эпидермальная, пыльцевая сенсibilизация Флуометрия: ФЖЕЛ — 102%, ОФВ1 — 120% (% от должной величины)</p> <p>Пикфлоуметрия: ПСВ в пределах 400-500 л/мин</p>
В	1	Предположите наиболее вероятную причину отсутствия контроля бронхиальной астмы? Обоснуйте причину
Э	-	Сопутствующий астме гипервентиляционный синдром
P2	-	Причина выявлена верно.
P1	-	Причина выявлена верно, но не полностью.
P0	-	Причина выявлена не верно.
В	2	Обоснуйте выявленную причину
Э	-	<p>Частота симптомов затрудненного дыхания у девочки свидетельствует об отсутствии контроля бронхиальной астмы, несмотря на базисную комбинированную терапию высокими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов и бета-агонистов длительного действия. Такая ситуация возможна при тяжелой резистентной астме, которая, действительно, чаще диагностируется у детей в возрасте старше 10 лет. Но эта форма болезни прежде всего требует однозначного исключения альтернативных астме диагнозов, а также оценки приверженности лечению, ревизии техники ингаляций.</p> <p>При проведении дополнительных исследований выявлено несоответствие предъявляемых жалоб и клинической картины болезни результатам объективных методов диагностики. Показатели флуометрии (ФЖЕЛ/1, ОФВ1( индекс ОФВ-]/ ФЖЕ/1) и данные мониторинга пиковой скорости выдоха у девочки были нормальными. Параметры функции легких у детей и подростков даже при тяжелой астме часто остаются в пределах нормы, но при такой частоте приступов, как у нашей пациентки, должны были бы наблюдаться, как минимум, признаки лабильности бронхиального тонуса, высокая вариабельность пикфлоуметрических данных. Нормальная оксигенация крови на высоте приступов затрудненного дыхания также указывала на альтернативную астме этиологию симптомов. Рентгенологически отмечались выраженное вздутие легких, умеренное диффузное утолщение стенок бронхов без очаговых и инфильтративных изменений в легких. При такой гиперинфляции легких у пациентки не было признаков бронхиальной обструкции, нет кашля, отделения мокроты. Диагноз муковисцидоза, порока развития легких представлялся сомнительным, учитывая объективные данные. Кроме того, атопия, приступы удушья при контакте с кошкой, старыми книгами, данные аллергологического анамнеза и вся история болезни подтверждали наличие у девочки типичной атопической бронхиальной астмы. Вместе с тем, отсутствие ночных и предутренних</p>

		<p>симптомов, характерное для «хрупкой» астмы, развитие симптомов затрудненного дыхания исключительно в период бодрствования и вне связи с конкретными провоцирующими факторами и аллергенами позволили предположить в данном случае альтернативную причину отсутствия контроля болезни у нашей пациентки. Общая оценка картины имеющихся нарушений у тревожно-мнительной девочки-подростка указывала на наличие гипервентиляционного синдрома с формированием психической зависимости от бета-агонистов короткого действия.</p> <p>Наблюдение за пациенткой во время приступа затрудненного дыхания подтвердило диагноз. В отличие от типичной астмы, наибольший дискомфорт отмечался при вдохе: девочка жаловалась на «ком» в горле, непрохождение воздуха в легкие, раздутость и болезненную тяжесть в грудной клетке, зажатость дыхания. Объективно отмечались усиленное дыхание, неправильный его ритм, напряженность, беспокойство пациентки при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции.</p> <p>Гипервентиляционный синдром входит в структуру психовегетативного синдрома. Основным этиологическим фактором являются тревожные, тревожно-депрессивные (реже — истерические) расстройства. Именно психические расстройства дезорганизуют нормальное дыхание и приводят к гипервентиляции. Дыхательная система, с одной стороны, обладает высокой степенью автономности, с другой — высокой степенью обучаемости и тесной связью с эмоциональным состоянием, особенно тревогой. Эти ее особенности и лежат в основе того факта, что гипервентиляционный синдром имеет в большинстве случаев психогенное происхождение; крайне редко его вызывают органические неврологические и соматические заболевания — сердечно-сосудистые, легочные и эндокринные. Психогенный фактор (чаще всего тревога) дезорганизует нормальное дыхание, в результате чего возникает гипервентиляция. Увеличение легочной, альвеолярной вентиляции ведет к устойчивым биохимическим сдвигам: избыточному выделению углекислого газа (CO<sub>2</sub>), развитию гипокапнии со снижением парциального давления CO<sub>2</sub> в альвеолярном воздухе и кислорода в артериальной крови, а также респираторному алкалозу. Эти сдвиги способствуют формированию патологических симптомов: нарушению сознания, вегетативным, мышечно-тоническим, чувствительным и другим нарушениям. В результате происходит усиление психических расстройств, формируется патологический круг. Гипервентиляционный синдром может носить пароксизмальный характер (гипервентиляционный криз), но чаще гипервентиляционные расстройства отличаются перманентностью.</p> <p>Диагностировать гипервентиляционный синдром у детей и подростков обычно не сложно, приступ затрудненного дыхания при этом существенно отличается от типичного приступа бронхиальной астмы. Значительно сложнее убедить пациента (часто — и его родителей) в том, что это не астма, что его жизни ничто не угрожает.</p>
P2	-	Причина обоснована верно.
P1	-	Причина обоснован неполностью: не проведен дифференциальный диагноз
P0	-	Причина обоснована полностью неверно.
B	3	Терапевтическая тактика в данном случае
Э	-	Психотерапия, при необходимости — психотропные средства, коррекция

		дозы базисной терапии до минимально адекватной дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
P2	-	Выбраны верная тактика.
P1	-	Тактика верная, но не проведена коррекция базисной терапии
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик, 1 год 4 мес. Через 2 недели после употребления клубники появились папулезные высыпания на щеках. Были назначены Фенистил в каплях и Фенистил-гель на кожу щек с хорошим эффектом. На фоне лечения во время прогулки мальчик длительное время находился под прямыми солнечными лучами. В течение суток выросла яркая эритема, на щеках появились отечность кожи, везикулезные и волдырные элементы. Везикулы на фоне эритемы появились также на шее и кистях.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Лекарственная фотосенсибилизация.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Поражение кожи у ребенка напоминает тяжелый солнечный ожог. У мальчика имеет место отсроченная реакция, развивающаяся через сутки. В клинике уже через 72 ч появилась гиперпигментация кожи. Диагностирован фотодерматоз. Вероятно, имеет место фототоксическая реакция после применения лекарственного препарата Фенистил (действующее вещество - диметинден), обладающего фотосенсибилизирующим эффектом. Ограниченная локализация высыпаний, как при контактном дерматите, и их характер позволяют исключить обычное обострение атопического дерматита и крапивницу.</p> <p>Лекарственная фотосенсибилизация – это извращенная реакция кожи на ультрафиолетовое или видимое излучение в период действия лекарственных средств (для местного и общего применения) или химических веществ ( в т.ч. косметика, пестициды, гербициды). На фоне приема некоторых лекарственных препаратов могут возникать характерные высыпания в виде сливной эритемы, отеков, везикул, пузырей. Под действием ультрафиолетовых лучей образуются свободные радикалы и активные формы кислорода, которые повреждают ДНК и мембраны клеток и клеточных органелл. Лекарственная фотосенсибилизация может возникнуть в любом возрасте. Чаще всего ее обуславливают тиазидные диуретики, сульфаниламиды, фенотиазины, амиодарон, производные сульфонилмочевины, препараты налидиксовой</p>

		кислоты, доксициклин. Заболевание проходит после отмены препарата.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: Дополнительное обследование пациенту для постановки диагноза не требуется
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	Д-пантенол, топические глюкокортикостероиды 3-дневным курсом. Было исключено пребывание на солнце.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик, 3 года 2 мес. Направлен в клинику по поводу зудящей сыпи пятнисто-папулезного характера на туловище и конечностях, яркой эритемы на щеках. Около 2,5 недель назад перенес ОРВИ, протекавшую с субфебрилитетом, умеренными катаральными явлениями. При поступлении не лихорадит, катара нет, со стороны внутренних органов без отклонений.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Парвовирусная инфекция
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз, проведите дифференциальную диагностику
Э	-	У мальчика по клинической картине можно заподозрить парвовирусную инфекцию. Для нее характерна инфекционная эритема в виде яркой пятнистой сыпи на щеках, так называемы «нашлепанные щеки») и пятнисто-папулезной сыпи на туловище и конечностях. Обычно сыпь имеет «кружевной» или сетчатый вид. На ладонях и стопах высыпания бывают реже. Иногда сыпь может иметь коре подобный или геморрагический характер. Зудом сопровождается редко. Высыпания

		<p>сохраняются в течение недели, элементы сыпи, в отличие от уртикарных, живут более 24 часов. Изредка сыпь может рецидивировать в течение нескольких недель, особенно при физической нагрузке, эмоциях, изменении температуры тела.</p> <p>Внезапная экзантема обычно проявляется как мелкая пятнисто-папулезная сыпь с преобладанием на туловище, лице, волосистой части головы. Высыпания появляются в период реконвалесценции на фоне нормализации температуры тела после периода фебрильной лихорадки. В данном случае ни «ажурный» характер сыпи, ни анамнез не характерны для внезапной экзантемы. Для инфекционной эритемы на фоне краснухи характерна этапность сыпи, появление экзантемы параллельно с общими симптомами, а не после их стихания. Отсутствие зуда и характер сыпи не свойственны и атопическому дерматиту.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не проведен дифференциальный диагноз
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Парвовирусная инфекция, известная с конца XIX века под названием «пятая болезнь» (одна из шести детских инфекций, сопровождающихся сыпью), обычно диагностируется на основании характерной инфекционной эритемы. Болезнь, как правило, протекает легко, в лабораторных анализах может отмечаться незначительное снижение гемоглобина, реже - лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения. Общие симптомы (головная боль, лихорадка, недомогание, озноб, миалгии) сопровождают виремию, которая к моменту появления сыпи уже отсутствует. Инфекционная эритема появляется на третьей неделе болезни, в этот период еще можно выявить IgM к парвовирусу, но уже начинают появляться IgG. У взрослых больных сыпь бывает редко, но часто развивается симметричный артрит крупных суставов, суставов кисти и запястья. Парвовирусная инфекция является жизнеугрожающей для всех пациентов с хроническими гемолитическими анемиями, у таких пациентов развивается апластический криз.</p> <p>Диагноз подтверждается изменением титров специфических IgM и IgG с помощью иммуноферментного анализа. Об острой инфекции свидетельствует характерная клиническая картина и высокий титр IgM (возможно и выделение самого вируса).</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	Инфекционная эритема в большинстве случаев не требует никакого специального лечения. Антигистаминные препараты и системные глюкокортикостероиды не эффективны. Учитывая поздние сроки болезни и отсутствие времени в периоде высыпаний, назначение противовирусных

		препаратов вряд ли обосновано. При затяжном артрите применяют нестероидные противовоспалительные препараты. При апластическом кризе обычно требуются переливания эритроцитарной массы.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У девочки 5,5 лет спустя 3 нед после нанесения временной татуировки на наружной поверхности левого плеча появилась ярко гиперемированная бляшка на инфильтрированном основании с экссудацией, на момент осмотра достигшая 10 см в диаметре. На коже туловища и конечностей появились множественные зудящие папулы и папуловезикулы. Выраженный зуд на кистях рук и ладонях. Видимые слизистые оболочки чистые. По внутренним органам: без особенностей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аллергический контактный дерматит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Аллергический контактный дерматит является классической формой реакции гиперчувствительности замедленного типа, опосредованной sensibilizированными лимфоцитами. Данное заболевание обычно вызывают гаптены (соединения с низкой, от 500 до 1000 дальтон, молекулярной массой), приобретающие свойства полноценного антигена при связывании с тканевыми белками. Клетки Лангерганса поглощают антиген, который в дальнейшем частично расщепляется и связывается с молекулами HLA класса II. Дендритные клетки мигрируют из эпидермиса в регионарные лимфатические узлы, где происходит презентация антигена ThO. В ответ на антигенный стимул ThO активируются, продуцируют интерлейкин 2, способствующий их пролиферации и дифференциации в sensibilizированные к данному антигену Th1 (предактивированные Th1). Эти лимфоциты покидают лимфоузел и расселяются в разные отделы иммунной системы. На этом заканчивается первичный контакт с антигеном, главным следствием которого является накопление sensibilizированных к конкретному антигену Th1, длящееся обычно 10-14 сут.</p> <p>Результатом повторного контакта Th1 с антигеном является завершение их дифференциации в активированные Th1, выделение цитокинов (интерлейкина 2, интерферона-гамма, лимфотоксина, ФНО-альфа, ГМ-КСФ) и миграция цитотоксичных Т клеток, что сопровождается развитием экзематозной воспалительной кожной реакции в месте</p>

		<p>контакта. Эта фаза длится 48-72 ч.</p> <p>Аллергический контактный дерматит всегда начинается с участка воздействия аллергена. Поэтому в начале заболевания очаг поражения четко отграничен, хотя зачастую выходит за пределы соприкасавшегося с аллергеном участка кожи. Заболевание развивается остро и проявляется зудом, яркой гиперемией, отечностью кожи в месте контакта, на фоне которых видны папулы, мелкие пузырьки или пузыри, вскрывающиеся и оставляющие мокнущие эрозии (мокнутие). У сенсibilизированных больных поражение может распространяться на другие участки тела или становиться генерализованным, как в представленном случае.</p> <p>У пациентки в роли агрессивного гаптена выступил парафенилендиамин, входящий в состав смеси для нанесения временной татуировки, поскольку он обладает небольшой молекулярной массой (108,1 дальтон), высокой способностью проникать в верхние слои эпидермиса и связывать белки, а интервал между первичным воздействием аллергена и формированием характерной кожной гиперчувствительности составил 3 нед.</p> <p>В отличие от аллергического контактного простой контактный дерматит может возникнуть у любого человека вне зависимости от сенсibilизации; среди элементов сыпи отсутствуют папулы, очаг поражения строго ограничен участком воздействия раздражителя, симптомы появляются уже через несколько часов после воздействия.</p> <p>При атопическом дерматите процесс носит характер хронического воспаления: наличие эритемы, папул, шелушения, утолщения кожи (инфильтрации), усиления кожного рисунка (лихенизации), множественных экскориаций, трещин. На местах разрешения высыпаний — участки гипо- или гиперпигментации. Для атопического дерматита также характерна определенная локализация очагов поражения кожи: локтевые и подколенные складки, задняя поверхность шеи, сгибательные поверхности голеностопных и лучезапястных суставов, заушные области.</p> <p>При обычном псориазе элементами сыпи являются папулы и бляшки с четкими границами, покрытые серебристобелыми чешуйками. Излюбленная локализация поражений — локти, колени, волосистая часть головы, кожные складки</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: Дополнительное обследование пациенту для постановки диагноза не требуется
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	Местные топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты второго поколения.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.

P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик 1,5 года, болен 4 дня, лихорадит до 39,5 С, значительно затруднено носовое дыхание при отсутствии отделяемого из носовых ходов, снижен аппетит. Ребенок вялый. При осмотре: гиперемия конъюнктив, на небных миндалинах плотные белые наложения, местами кровоточат; подчелюстные и заднешейные лимфоузлы умеренно увеличены, безболезненны. По внутренним органам без особенностей. У пациента в общего анализе крови лейкоциты- 32,3 тыс./мкл, из них лимфоцитов- 58%, атипичных мононуклеаров – 14%. С-реактивный белок 9мг/л, прокальцитонин тест – 0,22 нг/мл. Экспресс-анализ на стрептококк в мазке из зева- отрицательный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфекционный мононуклеоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Инфекционный мононуклеоз – это заболевание, которое вызывает вирус Эпштейна- Барр (ВЭБ), относящийся к герпес-вирусам. Инфекционный мононуклеоз протекает с увеличением заднешейных и затылочных лимфоузлов (у 95% больных), они могут быть болезненными, но подвижны и симметричны. Обычно отмечается отек, гипертрофия миндалин в составе глоточного лимфоидного кольца, в этой связи выраженный аденоидит обуславливает резкое нарушение носового дыхания без существенного насморка. На небных миндалинах образуются налеты, похожие на стрептококковую ангину. Интоксикация и уровень лихорадки могут быть различными. Как правило, инфекционный мононуклеоз протекает с высоким лимфоцитарным лейкоцитозом, в крови выявляются широкоплазменные лимфоциты (атипичные мононуклеары), диагностическое значение имеет их количество свыше 10%. При ВЭБ-инфекции может отмечаться умеренное повышение С-реактивного белка, но не характерно повышение значения прокальцитонинового теста. У нашего пациента в общего анализе крови выявлен лейкоцитоз до 32,3 тыс./мкл, из них лимфоцитов- 58%, атипичных мононуклеаров – 14%. С-реактивный белок был незначительно повышен до 9мг/л, прокальцитонин тест – 0,22 нг/мл. Экспресс-анализ на стрептококк в мазке из зева- отрицательный. Дифференциальный диагноз в данном случае должен проводиться между тонзиллитами различной этиологии – как бактериальной, так и вирусной.Стрептококковая ангина у детей младше 3 лет бывает редко, обычно сопровождается лихорадкой, увеличением лимфоузлов без

		<p>поражения небных миндалин. У детей со стрептококковым тонзиллитом часты общие симптомы интоксикации: недомогание, боли в животе, рвота. Местные симптомы довольно разнообразны: от неприятных ощущений до резкой боли в горле с выраженной гиперемией («пылающий зев»), а также отека слизистой и гнойными налетами на миндалинах и задней стенке глотки. Подчелюстные лимфоузлы часто увеличиваются и становятся болезненными. Затрудненное носовое дыхание, катаральные явления не характерны. Несмотря на редкость дифтерии в условиях проведения массовой вакцинации от этой инфекции, об этой болезни пока не следует забывать. Клиническая картина может отличаться разнообразием, развитие симптомов постепенное, но обычно из-за выраженной интоксикации больные обращаются за помощью в первые дни. На миндалинах при дифтерии зева быстро распространяются островчатые белые или сероватые налеты. За сутки они могут превратиться в сплошные четко очерченные пленки, более темные и более толстые, тесно спаянные с подлежащими тканями. В отличие от стрептококковой ангины, налеты при дифтерии обычно распространяются за пределы миндалин – на дужки, небо и язычок. Могут быть боль в горле, осиплость голоса. У нашего пациента интоксикация умеренная, несмотря на 4 – й день болезни, имеет место катаральный синдром, наложения на миндалинах отличаются по своему характеру. При аденовирусной инфекции клинические симптомы могут быть очень похожими на описанные у нашего больного, однако этой инфекции свойствен катар дыхательных путей с выраженным насморком. Кроме того, налеты на миндалинах, нередко встречающиеся при аденовирусном тонзиллите, обычно неплотные, рыхлые, боль в горле также может присутствовать</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Для диагностики инфекционного мононуклеоза нередко используют гетерофильные антитела – IgM-антитела, не связывающие вирусные белки, их образование запускает ВЭБ. На первой неделе болезни могут выявляться у 40% больных, однако у детей до 5 лет и у пожилых больных гетерофильные антитела выявляются редко. Кроме того, у детей возможны ложноположительные результаты при других вирусных инфекциях.</p> <p>Диагноз можно подтвердить при исследовании титров специфических антител к ВЭБ. В начале болезни титр IgM и IgG к капсидному антигену ВЭБ повышен у 90% больных. Титр IgM остается повышенным в течение 2 месяцев, титр IgG – всю жизнь. Антитела к ранним антигенам ( диффузному и цитотоксическому, анти-ЕА/D) появляются через 3-4 недели после инфицирования, антитела к ядерным антигенам (анти-ЕВNA) появляются через 3-6 месяцев, последние также свидетельствуют о ранее перенесенной ВЭБ – инфекции и сохраняются всю жизнь.</p> <p>В настоящее время возможна также ПЦР – диагностика, при которой вирусная ДНК выделяется в мазках со слизистой глотки и небных миндалин.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик, 9 лет. В течение 10 дней сохраняются фебрильная лихорадка, свистящее дыхание и кашель. Лечился 5 дней амоксициллином/клавуланатом, затем 5 дней цефиксимом — без эффекта. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,7°C, интоксикации нет, катаральный конъюнктивит, ларингит. Аускультативно: в легких ослабление дыхания в нижних отделах справа, мелкопузырчатые в нижних отделах слева, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, выдох удлинен, SpO<sub>2</sub> 94%, частота дыхания 32 в мин.. Аллергологический анамнез не отягощен, ранее обструктивных бронхитов не было.</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней нижнедолевой поли- сегментарной пневмонии и бронхитических изменений; в общем анализе крови 7,5 тыс./мкл лейкоцитов, повышение СОЭ до 27 мм/ч; при серологическом исследовании выявлены антитела иммуноглобулина М к M. pneumoniae.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Микоплазменная полисегментарная пневмония.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз, проведите дифференциальную диагностику
Э	-	<p>Пневмония — острое инфекционное воспаление легочной паренхимы, диагностируемое на основании характерных клинических и рентгенографических признаков. Основными клиническими симптомами, позволяющими заподозрить у ребенка пневмонию, являются одышка, лихорадка, интоксикация, цианоз, кашель, а также типичные физикальные данные. К последним относят укорочение перкуторного звука над участком поражения легких и локализованные здесь же аускультативные изменения (ослабление дыхания с последующим появлением крепитирующих или влажных мелкопузырчатых хрипов).</p> <p>Для пневмококковой пневмонии, которая при отсутствии вакцинации от пневмококка составляет до 90% всех пневмоний у детей до 6 лет и 40-60% — в более старшем возрасте, характерны бурное начало, скудные физикальные данные (как правило, ослабление дыхания над пораженным участком легкого). Рентгенологически выявляются гомогенные инфильтраты очагового, очагово-сливного или сегментарного характера. Пневмококковая пневмония может протекать как неосложненная, небактериемическая с умеренной интоксикацией, но нередко сопровождается образованием крупных очагов с последующей</p>

		<p>деструкцией, плевритом. Типичную пневмонию помогают отличить высокие маркеры бактериального воспаления: лейкоцитоз &gt; 15 тыс./мкл, нейтрофилез 10 тыс./мкл, прокальцитонин &gt; 2 нг/мл, С-реактивный белок &gt; 30 мг/мл.</p> <p>Для обострения бронхиальной астмы характерен бронхообструктивный синдром. Если обострение развивается на фоне интеркуррентной инфекции, то у ребенка может быть и умеренная интоксикация, лихорадка, но инфильтративных изменений на рентгенограмме, как правило, не бывает. При острой респираторной вирусной инфекции лихорадка, как правило, не превышает 5-7 дней, характерны яркие катаральные явления, рентгенологические изменения не свойственны. Вместе с тем, если у лихорадящего ребенка на фоне респираторной вирусной инфекции имеется хотя бы один из таких признаков, как интоксикация, одышка, цианоз, локальные и/или асимметричные физикальные изменения в легких, гипоксемия, проводить рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо.</p> <p>Mycoplasma pneumoniae, по разным данным, вызывает от 5 до 45% всех пневмоний у детей старшего возраста. Характерны кашель, мелкопузырчатые хрипы, чаще асимметричные, бронхообструктивный синдром, покраснение конъюнктив (катаральный конъюнктивит) при скудных катаральных симптомах, нормальное число лейкоцитов и умеренно повышенная СОЭ; температура выше 38°C обычно сочетается с нетяжелым общим состоянием, что часто ведет к позднему, на 9-12-й день болезни, обращению. На рентгенограмме обычно визуализируются мелкие негомогенные инфильтраты, имеющие двустороннюю локализацию на фоне усиленного сосудисто-интерстициального рисунка. У нашего пациента при осмотре выявлены локальные физикальные изменения в легких: ослабление дыхания в нижних отделах справа, мелкопузырчатые в нижних отделах слева, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, симптомы бронхиальной обструкции. На рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии и бронхитических изменений; в общем анализе крови 7,5 тыс./мкл лейкоцитов, повышение СОЭ до 27 мм/ч; при серологическом исследовании выявлены антитела иммуноглобулина М к M. pneumoniae. Таким образом, на основании классической клинической картины, лабораторных данных мы диагностировали пневмонию, обусловленную M. pneumoniae.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не проведен дифференциальный диагноз
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	Антибактериальная терапия макролидами, ингаляционная терапия бронхолитиками для купирования бронхообструктивного синдрома
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>На амбулаторном приёме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут. При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p>При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришел в сознание и уснул.</p> <p>В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – 3,9×10<sup>12</sup>/л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - 7,1×10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p>В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Спазмофилия, манифестная форма
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Диагноз поставлен без указания формы заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании анамнеза: Проживали в Мурманской области, где снижен уровень инсоляции. Витамин Д с профилактической

		целью не принимали. Жалоб: накануне приступ апноэ, судороги с цианозом и потерей сознания. Клинических данных: при осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Купирование судорог самостоятельно. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Лабораторные данные: кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на анамнез, клинические или лабораторные данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?
Э	-	Обеспечение проходимости дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом, профилактика травм головы, конечностей, предотвращение прикусывания и запрокидывания языка, аспирации рвотными массами (необходимо положить пациента головой на мягкую поверхность, повернуть голову на бок для предотвращения западения языка или аспирации рвотными массами). Введение противосудорожных препаратов (диазепама, лиофилизата вальпроата натрия, фенитоина), мочегонных препаратов (фуросемида). Также показано введение 10% раствора глюконата кальция и 25% раствора сульфата магния.
P2	-	Объем и алгоритм неотложных мероприятий указаны полностью, верно
P1	-	Не полностью указан объем мероприятий, нарушен алгоритм оказания неотложной помощи
P0	-	Неверно указаны объем и алгоритм неотложных мероприятий
В	4	Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.
Э	-	В прикорм ввести плодово-ягодные и овощные соки и пюре ( морковь, капусту белокачанную и краснокочанную, тыкву, кабачок, корень и зелень петрушки, шпинат, укроп). При введении зернового прикорма рекомендуют использовать темные каши: гречневую, овсяную, в последующем смешанные каши, а также веллинги промышленного производства, так как они обогащены витаминами и минералами, в том числе и витамином D.
P2	-	Рекомендуемый объем прикорма назван в полном объеме
P1	-	Рекомендуемый объем прикорма назван частично
P0	-	Рекомендуемый объем прикорма не назван
В	5	План диспансерного наблюдения на участке.
Э	-	Диспансерное наблюдение: педиатром и специалистами дети осматриваются в декретированные сроки. Анализы крови, мочи, кровь на кальций и фосфор 2 раза в год. Лечебно-оздоровительные мероприятия включают профилактический прием витамина Д, сбалансированность питания, рационализацию режима жизни, гимнастику, закаливание. Продолжительность диспансеризации до 3 лет.
P2	-	Объем и сроки диспансерного наблюдения указаны полностью
P1	-	Не указаны сроки диспансеризации или объем лечебно-оздоровительных мероприятий
P0	-	Объем и сроки диспансерного наблюдения не указаны

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.</p> <p>Из анамнеза: ребёнок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесённых заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.</p> <p>Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В лёгких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твёрдого нёба несколько поверхностных эрозий размером 2x3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ветряная оспа, период разгара (период высыпаний), среднетяжелая форма, гладкое течение
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован без указания периода заболевания, тяжести течения
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,0°. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. Появление новых элементов сыпи на 3-й день, включая слизистые оболочки, зуд элементов. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Интоксикация, фебрилитет до 38,9°C. Приглушение тонов сердца и гепатомегалия (+1,5 см).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на течение заболевания из анамнеза или клинические данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести?
Э	-	Микроскопический и иммунофлюорисцентный в период высыпаний для определения нозологии заболевания. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи для определения

		осложнений
P2	-	Верно указан весь объем исследований
P1	-	Частично указан дополнительный объем исследований
P0	-	Дополнительные исследования не указаны
B	4	Назначьте лечение.
Э	-	Лечение больных ветряной оспой включает режим, диету, этиотропные препараты, симптоматические средства, иммунотерапию и иммунокоррекцию.
P2	-	Объем лечения назван полностью
P1	-	Объем лечения назван частично
P0	-	Назначение лечения вызывает затруднения
B	5	Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?
Э	-	Больного изолируют в домашних условиях (или в мельцеровском боксе профильного стационара (отделения) до 5-х суток с момента появления последнего элемента везикулезной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой (опоясывающим герпесом), разобщают с 9-го по 21-й день с момента контакта с больным. За контактными лицами устанавливают ежедневное наблюдение с проведением термометрии, осмотра кожи и слизистых оболочек. Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки. С целью активной специфической профилактики используют живые аттенуированные варицелло-зостерную вакцины, зарегистрированные на территории РФ (Варилвикс, Окавакс).
P2	-	Указаны противоэпидемические мероприятия, возможность активной иммунизации, вид вакцин
P1	-	Указаны противоэпидемические мероприятия без указания возможности вакцинации, или неправильно указаны сроки наблюдения и разобщения детей
P0	-	Не указаны противоэпидемические мероприятия и возможности вакцинации
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску. Анамнез жизни: ребёнок от V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2-х недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на притм не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина

		<p>Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.</p> <p>Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 3 см на 2,5 см, несколько напряжен, пульсирует. Незначительная мраморность и бледность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина 59 см, масса тела 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.</p>
В	1	Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
Э	-	Развитие среднее, дисгармоничное по массе тела (дефицит 6,5%). Группа здоровья Д2
P2	-	Заключение по комплексной оценке здоровья дано в полном объеме
P1	-	Не указано физическое развитие или группа здоровья ребенка
P0	-	Заключение по комплексной оценке здоровья не дано
В	2	Какие дополнительные обследования и консультации специалистов необходимы?
Э	-	Контрольное взвешивание для определения суточного объема кормления грудью. Необходим общий анализ крови с целью выявления железодефицитной анемии: бледность кожи, дефицит массы тела. УЗИ органов брюшной полости и копрограмма: вздутие живота, увеличение печени на 1,5 см. НСГ: Большой родничок 3 см на 2,5 см, несколько напряжен, симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Консультация невролога для верификации диагноза: Перинатальное поражение ЦНС, Синдром вегето-висцеральных расстройств, синдром двигательных нарушений?: мраморность кожных покровов, повышенное беспокойство, шаговый рефлекс с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные рефлексы оживлены.
P2	-	Указан полный объем обследований и консультаций
P1	-	Не указаны обследования и консультации со стороны ЖКТ или нервной системы
P0	-	Объем дополнительных обследований и консультаций вызывает затруднения
В	3	Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
Э	-	После проведения контрольного взвешивания, при наличии гипогалактии, рекомендации по увеличению объема лактации матери путем коррекции рациона питания и приема медикаментозных средств, режим труда и отдыха. А также рекомендации по введению докорма адаптированной смесью на основе частичного гидролиза белка (гипоаллергенной) ребенку с указанием необходимого объема.
P2	-	Рекомендации даны в полном объеме

P1	-	Рекомендации даны частично, не проведен расчет суточного объема кормления.
P0	-	Рекомендации не даны
B	4	Подлежит ли ребенок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок этому ребенку.
Э	-	При отсутствии противопоказаний к вакцинации после консультации невролога, ребенок подлежит вакцинации по индивидуальному календарю, в случае если мать даст письменное согласие на проведение вакцинации.
P2	-	Обоснованы показания к вакцинации и указан индивидуальный календарь прививок
P1	-	Вызывает затруднения составление индивидуального графика прививок
P0	-	Затрудняется ответить на вопрос
B	5	Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.
Э	-	Расчет суточного объема кормления проводится объемным методом: 1/6 от массы тела фактической (840 мл/сутки), на одно кормление, при 8-ми кратном прикладывании к груди приходится 105 мл. При снижении лактации на 25%, необходимо ввести докорм в объеме 210 мл. Целесообразно вводить по 30 мл смеси после каждого кормления грудью, за исключением ночных часов, соблюдая основные правила докорма.
P2	-	Проведены основные расчеты объемов кормления и названы правила докорма
P1	-	Не проведены расчеты объемов кормления или не названы правила докорма
P0	-	Не проведены расчеты, правила докорма не названы
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребёнок М. 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов мамы, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребенка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.</p> <p>Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднён вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.</p> <p>Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.</p> <p>Результаты анализов.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – <math>33,0 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 66%, моноциты - 2%; СОЭ – 7 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.</p> <p>Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к <i>Bordetella pertussis</i>.</p>

		R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
Э	-	Коклюш, вызванный <i>Bordetella pertussis</i> , типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован без указания типа заболевания, тяжести течения или характера течения.
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Жалобы на одышку, мучительный кашель, беспокойство. Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднён вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля. Ребенок не привит. Из лабораторных методов исследования в общем анализе крови лейкоциты – $33,0 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоциты - 66%. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к <i>Bordetella pertussis</i> . R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на течение заболевания из анамнеза, клинические или лабораторные данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Назначьте план лечения.
Э	-	Режим щадящий, исключающий внешние раздражители и включающий достаточное пребывание на свежем воздухе при $t$ не ниже $-10\text{ }^{\circ}\text{C}$ ; Достаточная аэрация помещения и увлажнение воздуха в месте пребывания больного тяжелой формой коклюша. Диета - сбалансированное питание, обогащенное витаминами. Методы медикаментозного лечения: этиотропная терапия (интерфероны); патогенетическая терапия (макролиды, цефалоспорины), включая глюкокортикостероиды; симптоматическая терапия; средства иммунокоррекции при необходимости (иммуноглобулины). Методы не медикаментозного лечения: физиотерапия; кислородотерапия; гигиенические мероприятия.
P2	-	Объем лечения назван полностью
P1	-	Объем лечения назван частично
P0	-	Назначение лечения вызывает затруднения
В	4	Профилактические мероприятия при данном заболевании.
Э	-	Специфическая профилактика – это курс вакцинации состоит из 3 доз в 1-м полугодии + бустер через год после 3-й дозы. Все вакцины вводят глубоко в наружную мышцу бедра в дозе 0,5 мл (АКДС) с интервалом 1,5 мес. Ревакцинацию делают через 1,5-2 года после законченной трехкратной вакцинации. Наряду с клеточными для профилактики коклюша применяют ацеллюлярные вакцины: Инфанрикс, Инфанрикс–гекса, Пентаксим.

P2	-	Указаны профилактические мероприятия в полном объеме
P1	-	Указаны профилактические мероприятия частично
P0	-	Профилактические мероприятия не указаны
B	5	Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.
Э	-	<p>Больные коклюшем подлежат обязательной изоляции на 25 сут. от начала заболевания при условии этиотропного рационального лечения.</p> <p>На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин сроком на 14 сут. от момента изоляции больного (контактными считаются как непривитые, так и привитые против коклюша дети). В это время запрещается прием новых детей, не болевших коклюшем, и перевод из одной группы в другую. Назначают ограничительные мероприятия для данных групп (смещение расписания занятий и прогулок, запрещение посещений общих мероприятий).</p> <p>С целью раннего выявления кашляющих (больных) в очаге коклюша проводят ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми, а также дети старше 7 лет разобщению не подлежат.</p> <p>С целью локализации и ликвидации очага коклюша всем контактным детям (в том числе новорожденным) и взрослым после изоляции больного рекомендуется прием препаратов группы макролидов в течение 7 сут. в возрастной дозировке.</p> <p>Контактным детям первого года жизни и непривитым в возрасте до 2 лет, имеющим медикаментозную аллергию к макролидным антибиотикам, рекомендуется ввести нормальный человеческий иммуноглобулин от 2 до 4 доз (по 1 дозе или 2 дозы через день).</p> <p>Дезинфекцию (текущую и заключительную) не проводят, достаточно проветривания и влажной уборки помещения.</p>
P2	-	Указаны противоэпидемические мероприятия в полном объеме
P1	-	Не правильно указаны сроки наблюдения и разобщения детей
P0	-	Не указаны противоэпидемические мероприятия
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь.</p> <p>Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребёнка появились одновременно с подъёмом температуры.</p> <p>Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.</p>
B	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ветряная оспа, период разгара (период высыпаний), среднетяжелая форма, гладкое течение
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован без указания периода заболевания, тяжести течения

P0	-	Диагноз сформулирован неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Острое начало заболевания с одновременным подъемом температуры и появлением сыпи. Сыпь полиморфная – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на течение заболевания из анамнеза или клинические данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Назначьте план лечения.
Э	-	Лечение больных ветряной оспой включает режим, диету, этиотропные препараты, симптоматические средства, иммунотерапию и иммунокоррекцию.
P2	-	Объем лечения назван полностью
P1	-	Объем лечения назван частично
P0	-	Назначение лечения вызывает затруднения
B	4	Профилактические мероприятия при данном заболевании.
Э	-	С целью активной специфической профилактики используют живые аттенуированные варицелло-зостерную вакцины, зарегистрированные на территории РФ (Варилвкс, Окавакс). Пассивная специфическая профилактика (введение иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями), а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом).
P2	-	Указаны профилактические мероприятия в полном объеме
P1	-	Указаны профилактические мероприятия частично
P0	-	Профилактические мероприятия не указаны
B	5	Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.
Э	-	Больного изолируют в домашних условиях (или в мельцеровском боксе профильного стационара (отделения) до 5-х суток с момента появления последнего элемента везикулезной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой (опоясывающим герпесом), разобщают с 9-го по 21-й день с момента контакта с больным. За контактными лицами устанавливают ежедневное наблюдение с проведением термометрии, осмотра кожи и слизистых оболочек. Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки.
P2	-	Указаны противоэпидемические мероприятия в полном объеме
P1	-	Не правильно указаны сроки наблюдения и разобщения детей
P0	-	Не указаны противоэпидемические мероприятия
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ

НА ВОПРОСЫ		
У	-	Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь. Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребёнка появились одновременно с подъёмом температуры. Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ветряная оспа, период разгара (период высыпаний), среднетяжелая форма, гладкое течение
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован без указания периода заболевания, тяжести течения
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Острое начало заболевания с одновременным подъемом температуры и появлением сыпи. Сыпь полиморфная – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на течение заболевания из анамнеза или клинические данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Назначьте план лечения.
Э	-	Лечение больных ветряной оспой включает режим, диету, этиотропные препараты, симптоматические средства, иммунотерапию и иммунокоррекцию.
P2	-	Объем лечения назван полностью
P1	-	Объем лечения назван частично
P0	-	Назначение лечения вызывает затруднения
В	4	Профилактические мероприятия при данном заболевании.
Э	-	С целью активной специфической профилактики используют живые аттенуированные варицелло-зостерную вакцины, зарегистрированные на территории РФ (Варилвикс, Окавакс). Пассивная специфическая профилактика (введение иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями), а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом).
P2	-	Указаны профилактические мероприятия в полном объеме

P1	-	Указаны профилактические мероприятия частично
P0	-	Профилактические мероприятия не указаны
В	5	Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.
Э	-	Больного изолируют в домашних условиях (или в мельцеровском боксе профильного стационара (отделения) до 5-х суток с момента появления последнего элемента везикулезной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой (опоясывающим герпесом), разобщают с 9-го по 21-й день с момента контакта с больным. За контактными лицами устанавливают ежедневное наблюдение с проведением термометрии, осмотра кожи и слизистых оболочек. Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки.
P2	-	Указаны противоэпидемические мероприятия в полном объеме
P1	-	Не правильно указаны сроки наблюдения и разобщения детей
P0	-	Не указаны противоэпидемические мероприятия
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У девочки 3 лет отмечаются слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, тёмная моча, обесцвеченный кал. Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8°C, появилась тошнота, рвота, разжиженный стул. К врачу не обращались, мама лечила ребенка сама: давала Парацетамол, Фуразолидон. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,0°C, но мама заметила тёмную мочу и обесцвеченный кал. Обратились к врачу-педиатру участковому. Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела - 36,8°C. Отмечается иктеричность кожи и склер. В зеве без патологии. Язык обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под рёберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Селезёнка не увеличена. Моча тёмно-жёлтого цвета. Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребёнок, были случаи подобного заболевания. Привита по возрасту. Со слов мамы, никаким хирургическим вмешательствам ребёнок не подвергался, кровь и плазму не переливали, за пределы города в течение последних 3 месяцев не выезжала. В общем анализе крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 9%, СОЭ – 5 мм/ч. Биохимия крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый вирусный гепатит А, манифестная желтушная цитолитическая форма (типичная), легкой степени тяжести, циклическое течение.

P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован без указания формы заболевания, тяжести течения
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8°C, появилась тошнота, рвота, разжиженный стул. Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребёнок, были случаи подобного заболевания. Жалобы на слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, тёмную мочу, обесцвеченный кал. Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела - 36,8°C. Отмечается иктеричность кожи и склер. Печень выступает на 2,5 см из-под рёберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Моча тёмно-жёлтого цвета. В общем анализе крови: лейкоциты - 5,1×10 <sup>9</sup> /л. Биохимия крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на течение заболевания из анамнеза клинические или лабораторные данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Разработайте план обследования больного.
Э	-	Лабораторные методы исследования с исследованием биохимических и гематологических показателей позволяют диагностировать острую фазу заболевания и степень тяжести; этиологическая верификация гепатита осуществляется только серологическими (ИФА, ХЛИА) и молекулярно-генетическими методами (РНК ВГА - ПЦР).
P2	-	Объем обследования назван полностью
P1	-	Объем обследования назван частично
P0	-	Назначение обследования вызывает затруднения
B	4	Какой механизм передачи инфекции наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Обоснуйте свое решение.
Э	-	Контактно-бытовой механизм передачи: Передача через загрязненные предметы и руки, использование посуды от больного (при условии попадания вируса через рот), так как в детском саду, который посещает ребёнок, были случаи подобного заболевания.
P2	-	Механизм передачи определен и обоснован верно
P1	-	Вызывает затруднение определения механизма передачи или решение не обосновано
P0	-	Механизм передачи не определен и не обоснован
B	5	Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий.
Э	-	Профилактика ВГА включает комплекс мер: это ранняя диагностика заболевания (особенно безжелтушных и субклинических форм), изоляция больных и проведение мероприятий в очаге ВГА. О каждом случае ВГА (подозрении на ВГА) необходимо в течение 2 часов сообщить по телефону и затем в течение 12 часов послать экстренное извещение уч. форма 058/у в органы государственного эпидемиологического надзора по

		<p>месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).</p> <p>Изменение или уточнение диагноза ВГА требует в течение 12 часов подачи нового экстренного извещения уч. форма 058/у в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату установления уточненного диагноза. Мероприятия в очаге включают строгое соблюдение правил личной гигиены и санэпидрежима, наблюдение за контактными в течение всего карантина (35 дней), двукратное биохимическое и серологическое обследование с интервалом не менее 14 дней, текущую и заключительную дезинфекцию с применением современных дезинфицирующих препаратов.</p>
P2	-	Указаны противоэпидемические и профилактические мероприятия в полном объеме
P1	-	Не правильно указаны сроки наблюдения за контактными детьми, объемы обследования или меры профилактики
P0	-	Не указаны противоэпидемические и профилактические мероприятия
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На профилактическом приёме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 8 месяцев. Ребёнок находится на естественном вскармливании. Жалоб нет. Мать ребёнка обратилась за советом по вскармливанию к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Раннее прикладывание к груди. Выписан из роддома на 4 сутки с диагнозом: «здоров».</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 9500 г (среднее значение), длина тела 72 см (среднее значение), окружность грудной клетки 46 см (среднее значение), окружность головы 45 см (среднее значение). Нервно-психическое развитие: ребёнок встанет у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки», пьёт из чашки, которую держит взрослый, по-разному действует с игрушками. Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Голова правильной формы, большой родничок 1,0×1,0 см. зубов – 4. Грудная клетка правильной формы. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета, кашицеобразный, гомогенный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.</p> <p>Общий анализ крови: RBC – <math>4,5 \times 10^{12}/л</math>, HGB – 126 г/л, WBC – <math>7,8 \times 10^9/л</math>, EOS – 2%, NEU – 35%, LYM – 59%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество мл – 40,0; цвет – светло-жёлтая, прозрачная; относительная плотность – 1008; белок – отрицательно; глюкоза – отрицательно; эпителий – 1–2 в поле зрения; Le – 2–3 в поле зрения; эритроциты – 0–0; цилиндры – 0–0; слизь – отрицательно; соли –</p>

		отрицательно. Копрограмма. Макроскопия: кашицеобразный, желтый, гомогенный, слизь – отрицательно. Микроскопия: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая клетчатка (+), крахмал (-), йодофильные бактерии (-), слизь (-), Le – 0–1, эритроциты – 0–0, эпителий – 0–1, простейшие – не обнаружено, яйца глист – не обнаружено.
В	1	Оцените физическое развитие ребёнка.
Э	-	Физическое развитие среднее гармоничное
P2	-	Физическое развитие оценено правильно
P1	-	Физическое развитие оценено с ошибками
P0	-	Физическое развитие не оценено или оценено не верно
В	2	Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
Э	-	Нервно-психическое развитие соответствует возрасту ребенка
P2	-	Нервно-психическое развитие оценено правильно
P1	-	Нервно-психическое оценено с ошибками
P0	-	Нервно-психическое не оценено или оценено не верно
В	3	Укажите неблагоприятные факторы из анамнеза жизни, которые могут оказать влияние на состояние здоровья. Оцените данные объективного исследования и результаты лабораторных исследований.
Э	-	Из анамнеза: беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Ребенок в 8-м месяцев находится на естественном вскармливании, без прикорма. По данным объективного и лабораторного исследования отклонений от нормы не выявлено.
P2	-	Верно указаны неблагоприятные факторы и оценены данные объективного и лабораторного исследования
P1	-	Не указаны неблагоприятные факторы или есть ошибки в оценке объективного и лабораторного исследования
P0	-	Не верно указаны неблагоприятные факторы и оценены данные объективного и лабораторного исследования
В	4	Составьте индивидуальное питание ребёнку на один день. Укажите потребности в белках, жирах, углеводах и энергии на кг массы тела.
Э	-	В данной ситуации необходимо начать введение прикорма овощного пюре по общим правилам (с небольшого объема, в первой половине дня, до кормления грудью) с последующим расширением объема и введением последующих видов прикорма (каша на овощном бульоне, пюре мясное, творог). В 8-м месяцев потребность в белках составляет 3-4 г, жирах 5,5-6,5 г, углеводах 13-14 г.в сутки, калорийность 90-110 ккал/сутки.
P2	-	Индивидуальное питание составлено и потребность в БЖУ и энергии составлена верно
P1	-	Есть ошибки в составлении индивидуального питания или потребности в БЖУ и энергии
P0	-	Индивидуальное питание и потребность в БЖУ и энергии не составлены
В	5	Назначьте профилактическую дозу витамина Д.
Э	-	С целью профилактики доношенным новорожденным с 4 недель жизни до 2-3 лет, при правильном уходе и достаточном пребывании на свежем

		воздухе, препарат назначают в дозе 500-1000 МЕ (1-2 капли)/сут. Соответственно в данном случае, учитывая позднее начало введение прикорма, целесообразно назначить по 2 капли водного раствора витамина Д 1 раз в день.
P2	-	Профилактическая доза назначена верно
P1	-	Профилактическая доза назначена с ошибками
P0	-	Профилактическая доза назначена не верно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.</p> <p>Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – <math>3,7 \times 10^{12}/л</math>, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – <math>6,4 \times 10^9 /л</math>, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p>В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 АУ/мл; Анти IgG – 10 АУ/мл.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Основной: Целиакия, типичная форма, активный период. Осложнения: Белково-энергетическая недостаточность I степени. Железодефицитная анемия I степени
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без учета формы, периода, степени.

P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
Э	-	Исходя из анамнеза: введение овсянной каши в 4 мес; клиники: жидкий стул обильный со слизью, вялость, бледность, сухость кожных покровов, трещины в углах рта, худые конечности, снижение тургора, недостаток веса, характер языка, увеличение объема живота, урчание и др; данных лабораторных исследований: анемия в ОАК, изменения в биохимическом анализе, повышение уровня тканевой транслугтаминазы, можно предположить у ребенка диагноз Целиакия. Диагноз «железодефицитная анемия» выставлен на основании жалоб (снижение аппетита, вялость), данных анамнеза (ребёнок от беременности на фоне анемии, на искусственном вскармливании с 2 мес.), данных объективного осмотра (вялая, капризная, наличие сидеропенического синдрома: кожа бледная, сухая, трещины в углах рта, язык «географический», функциональный систолический шум), лабораторных данных (снижение гемоглобина, цветового показателя, снижение сывороточного железа и ферритина). Диагноз «белково-энергетическая недостаточность» выставлен на основании дефицита массы тела 12%.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован частично
P0	-	Диагноз не обоснован
B	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести?
Э	-	Для подтверждения целиакии до назначения лечебной диеты ребёнку необходимо дополнительно провести: - определение общего уровня IgA; - определение уровня IgA и IgG к глиадину; - определение антител к эндомизию и ретикулину; - генетическое типирование при невозможности генетического типирования; - эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС); - морфологическое исследование биоптатов из луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Вспомогательные методы: - копрограмма; - УЗИ внутренних органов
P2	-	Дополнительные исследования приведены в полном объеме
P1	-	Дополнительные исследования приведены частично: не все необходимые методы
P0	-	Дополнительные исследования не приведены
B	4	Какое лечение необходимо назначить?
Э	-	Лечение целиакии и белково-энергетической недостаточности: - увеличить число кормлений до 6 раз в сутки, скорректировав разовый объём пищи; - исключить из питания продукты, содержащие глютен (рожь, пшеницу, ячмень, овёс); - использовать только аглютеновые каши (рис, гречка, кукуруза); - назначить микрокапсулированные ферментные препараты на 2-3 недели; - с целью коррекции дисбиоза кишечника назначить препараты бифидо- и

		<p>лактобактерий.</p> <p>Лечение железодефицитной анемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ввести в питание ребёнка мясное пюре;</li> <li>- назначить препараты железа из расчёта 5-8 мг/кг (элементарного железа) в сутки в 3 приёма;</li> <li>- после нормализации Нв – уменьшить дозу препарата железа на 50% и продолжить приём до нормализации уровня ферритина.</li> </ul>
P2	-	Лечение назначено в полном объеме
P1	-	Лечение назначено частично: коррекция не всех состояний
P0	-	Лечение не назначено
В	5	Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке.
Э	-	<p>Продолжительность наблюдения по целиакии – пожизненно. Кратность наблюдения врача-гастроэнтеролога: в течение первых двух лет - 2 раза в год, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок –1 раз в год.</p> <p>Обследование в ходе диспансерного наблюдения: опрос, осмотр, измерение роста и массы.</p> <p>Дополнительные методы исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- копрограмма;</li> <li>- клиническое исследование крови;</li> <li>- биохимическое исследование крови (общий белок, печёночные пробы, глюкоза, кальций, фосфор, железо, холестерин, триглицериды);</li> <li>- УЗИ органов пищеварения и щитовидной железы, у девочек старше 12 лет - УЗИ органов малого таза, денситометрия поясничного отдела позвоночника;</li> <li>- серологическое (IgG, IgA, анти-ТТГ, АГА) - 1 раз в год;</li> <li>- через год и при ухудшении - ЭГДС с биопсией.</li> </ul>
P2	-	Продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке приведены в полном объеме.
P1	-	продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке приведены частично: в общих чертах, без уточнений сроков.
P0	-	продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке не приведены
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.</p> <p>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.</p> <p>При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в</p>

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Общий 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.</p> <p>Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Геморрагический васкулит, активная фаза, смешанная форма с поражением почек (кожный, суставной, почечный синдромы), среднетяжёлая степень тяжести, острое течение.
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован частично: без уточнения фазы, формы, степени тяжести, течения.
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте выставленный вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «геморрагический васкулит» выставлен на основании жалоб больного на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление сыпи на нижних конечностях, данных анамнеза (за 2 недели перенёс лакунарную ангину, начало заболевания с появления сыпи на нижних конечностях, появление суставного синдрома на фоне кожного геморрагического, отягощённый аллергологический анамнез и генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям), данных объективного осмотра (на коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная геморрагическая сыпь, выступающая над поверхностью кожи, картина артрита левого коленного и голеностопного суставов), данных лабораторных исследований (наличие неспецифических признаков воспаления - тромбоцитоз, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ, диспротеинемия, гиперфибриногенемия).</p> <p>Поражение почек без нарушения функции диагностируется на основании лабораторных данных (микрогематурия, нормальные показатели азотовыделительной функции почек).</p>
P2	-	Диагноз обоснован в полном объеме

P1	-	Диагноз обоснован частично: приведена часть данных
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести?
Э	-	Дополнительные исследования: - иммунограмма (определение ЦИК, система комплемента, Ig); - определение С-реактивного белка; - определение титра антител к стрептококку АСЛ-О; - определение антигена фактора Виллебранда; - коагулограмма (время свёртывания крови, тромбиновое и парциальное тромбопластиновое время); - проба Зимницкого; - определение клубочковой фильтрации (КФ); - УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства; - мазок из зева и носа на $\beta$ -гемолитический стрептококк; - кал на яйца глист и цисты лямблий.
P2	-	Дополнительные методы исследования приведены в полном объеме
P1	-	Дополнительные методы приведены частично: не все необходимые исследования перечислены
P0	-	Дополнительные методы исследования приведены неверно
В	4	Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?
Э	-	Госпитализация. Постельный режим на 2-3 недели. Гипоаллергенная диета. Антиагреганты (Дипиридамол). Антикоагулянты (Гепарин под контролем коагулограммы)
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено частично: не указаны необходимые препараты
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.
Э	-	Диспансеризация в течение 5 лет: врач-педиатр, врач-ревматолог – первый год – 1 раз в квартал, далее – 2 раза в год, врач-нефролог – первое полугодие – ежемесячно, второе полугодие – ежеквартально, далее – 2 раза в год, ЛОР-врач и стоматолог – 2 раза в год (санация хронических очагов инфекции)
P2	-	продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке указаны в полном объеме
P1	-	продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке указаны частично: в общих чертах, без уточнений сроков
P0	-	продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке указаны неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты. Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес

		<p>ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребёнок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание жёсткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>4,3 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - <math>240,0 \times 10^9 /л</math>, лейкоциты - <math>20,6 \times 10^9 /л</math>, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Коклюш, типичное течение, средней степени тяжести, период спазматического кашля
P2	-	Диагноз сформулирован верно
P1	-	Диагноз сформулирован частично: без указания степени тяжести, течения, периода
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «типичного течения коклюша» основан на жалобах пациента на сильный кашель до рвоты, данных анамнеза (отсутствие вакцинации против коклюша, заболевание началось с редкого, сухого кашля, который постепенно становился приступообразным, за сутки отмечается до 20 приступов кашля), данных осмотра (бледность кожи, петехиальные высыпания на лице и вокруг глаз, катаральных явлений нет, кашель приступообразный, с репризом, сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, в лёгких дыхание жёсткое, рассеянные сухие и средне-пузырчатые влажные хрипы, язвочка на уздечке языка), лабораторных данных (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ).</p> <p>Средняя степень тяжести определена на основании анамнеза и клиники (до 20 приступов кашля в сутки, кашель до рвоты, продолжительность катарального периода до 7 дней), лабораторных данных (лейкоцитоз до <math>20 \times 10^9/л</math>, лимфоцитоз – до 72%)</p>
P2	-	Диагноз обоснован в полном объеме

P1	-	Диагноз обоснован частично: приведена часть данных
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
Э	-	Посев слизи из носоглотки (выделение <i>Bordetella pertussis</i> ); определение IgM, IgG, IgA-антител (в ИФА) к коклюшному токсину (выявление IgM и IgA-антител, (IgG-антитела появляются позже)) или РА антитела к <i>B. pertussis</i> (диагностический титр >1:80) или обнаружение специфического фрагмента генома <i>B. pertussis</i> методом ПЦР.
P2	-	дополнительные исследования приведены в полном объеме, ожидаемые результаты указаны верно
P1	-	дополнительные исследования приведены в полном или частичном объеме, ожидаемые результаты указаны верно или частично
P0	-	дополнительные исследования, ожидаемые результаты указаны неверно
B	4	Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
Э	-	С учётом средней тяжести и гладкого течения заболевания лечение ребёнка можно организовать в домашних условиях. Щадящий режим: снижение звуко-, световых раздражителей (для уменьшения провоцирующих приступы воздействий); частое проветривание помещения, увлажнение воздуха (прохладный, влажный воздух, снижает активность бронхов, уменьшает число приступов и их тяжесть); антибиотикотерапия: макролиды (Рокситромицин 5-8 мг/кг/сут., Мидекамицин 20-40 мг/кг/сут.) – (для санации дыхательных путей от возбудителя) на 5-7 дней; противокашлевые препараты (Синекод) при неэффективности - кодеинсодержащие препараты, Седуксен, Пипольфен (для снижения возбудимости кашлевого центра).
P2	-	Лечение назначено в полном объеме
P1	-	Лечение назначено частично: в общих чертах, без четкого обоснования, указания дозировок
P0	-	Лечение назначено неверно
B	5	Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.
Э	-	Подать Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.58/у) в отделение санитарного надзора. Изолировать больного на 25 дней с момента заболевания (то есть еще 16 дней). На группу в д/с накладывается карантин на 14 дней с момента изоляции больного (на не болевших ранее). Ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми. Однократное бак. обследование контактных (не болевших ранее). Контактным детям в возрасте до одного года, не привитым против коклюша и не болевшим коклюшем, внутримышечно вводят Гамма-глобулин по 6 мл (по 3 мл через день). Дезинфекция не проводится, проветривание и влажная уборка помещения
P2	-	противоэпидемические мероприятия приведены в полном объеме
P1	-	противоэпидемические мероприятия приведены частично: в общих

		чертах, без указания правил наблюдения за контактными, без указания особенностей введения гамма-глобулина.
P0	-	противоэпидемические мероприятия приведены неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку.          Мальчику 5 дней жизни.          Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия).          Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.          Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка.          Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов.          Масса тела 3600 г, длина - 51 см.          Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.          Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.          Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л.          Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.          При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.          Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).          Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.          Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония.          Кожа лица и склеры субиктеричные.          Слизистые чистые.          Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет.          Большой родничок 2,5x2,5 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.          Стул разжиженный, 3 раза в сутки.          Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.</p>
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «здоров».          Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС.          Группа здоровья: II</p>
P2	-	Диагноз и группа здоровья выставлены верно
P1	-	Диагноз сформулирован частично, группа здоровья определена верно
P0	-	Диагноз и группа здоровья выставлены 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 -5/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 280 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л
P2	-	Факторы указаны в полном объеме
P1	-	Факторы указаны частично: не все факторы взяты во внимание
P0	-	Факторы указаны 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	-	рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни даны в полном объеме
P1	-	рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни даны частично
P0	-	рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни даны неверно
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 на 1 месяц жизни за ребёнком на участке указан в полном объеме
P1	-	план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке указан частично: в общих чертах, без уточнения необходимых мероприятий
P0	-	план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке указан неверно
В	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.
Э	-	Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.
P2	-	Календарь проведения профилактических прививок указан верно
P1	-	Календарь проведения профилактических прививок указан с некоторым затруднением
P0	-	Календарь проведения профилактических прививок указан неверно

...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На амбулаторном приёме мама с сыном 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.</p> <p>Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см. Привит по календарю.</p> <p>Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные.</p> <p>Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5.</p> <p>Ребенок находится на грудном вскармливании.</p> <p>На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см.</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p> <p>По другим внутренним органам и системам без патологии.</p> <p>Большой родничок 2,0x2,5 см.</p> <p>Масса - 3600 г (3), длина - 53 см (3).</p> <p>Сон - беспокойный.</p> <p>Аппетит - нарушен.</p> <p>Психометрия:</p> <p>Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;</p> <p>Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;</p> <p>Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;</p> <p>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 20 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 НПР 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 1,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Критерии здоровья оценены верно
P1	-	Критерии здоровья оценены частично верно
P0	-	Критерии здоровья не оценены, либо оценены неверно

В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	Диагноз «ВПП, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии. Группа здоровья: IV.
P2	-	Диагноз и группа здоровья поставлены верно
P1	-	Диагноз и/или группа здоровья поставлены частично верно
P0	-	Диагноз и группа здоровья указаны неверно
В	3	Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
Э	-	Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает: - кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, - бодрствование по 1-1,5 часа, - сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. - питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор. Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПП: Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка; Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой; Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого; До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову. Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей. Упражнения комплекса № 1 включают: Поглаживающий массаж рук, ног. Выкладывание на живот. Поглаживающий массаж спины. Массаж живота по часовой стрелке. Рефлекторное ползание.
P2	-	Рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям указаны верно, в полном объеме
P1	-	Рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям указаны частично
P0	-	Рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям указаны неверно
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний.
Э	-	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. Назначаем Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки.

		Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. 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). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.
P2	-	профилактику пограничных состояний поведена верно
P1	-	профилактику пограничных состояний проведена частично: без указания витаминотерапии
P0	-	профилактику пограничных состояний проведена неверно
B	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев?
Э	-	БЦЖ М, вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция.
P2	-	специфическая профилактика инфекционных заболеваний указана верно
P1	-	специфическая профилактика инфекционных заболеваний указана частично: не все прививки перечислены
P0	-	специфическая профилактика инфекционных заболеваний указана неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°C, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель.</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мама вызвала скорую помощь.</p> <p>Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.</p> <p>Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура 38°C. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается лёгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налётов нет. ЧДД – 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких дыхание жёсткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.</p>

В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит, средней степени тяжести. Стеноз II степени. У ребенка ОРВИ проявляется в виде стенозирующего ларинготрахеита, так как имеется шумное дыхание, беспокойство, грубый, «лающий» кашель, с болью за грудиной, осипший голос, объективно - шумный вдох и одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, ярёмной ямке, в межрёберных промежутках) на высоте вдоха, в лёгких жёсткое дыхание с удлинённым вдохом, цианоз. Стеноз II степени (субкомпенсированный), так как одышка в покое, вяловат, умеренное увеличение ЧДД до 50% от возрастной нормы. Пульс учащён, в сознании
P2	-	Диагноз выставлен верно, обоснован в полном объеме
P1	-	Диагноз выставлен верно, обоснован частично: приведена часть данных
P0	-	Диагноз выставлен неверно
В	2	С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Инородные тела гортани: внезапное начало на фоне еды, игры, отсутствие катаральных явлений. Дифтерия гортани: постепенное стадийное начало, отсутствие эффекта от лечения, афония, налеты в зеве. Папилломатоз гортани: неэффективность терапии. Эпиглоттит (в этиологии: гемофильная палочка, стафилококк): характерно: острое начало, температура 39-40 °С, интоксикация, дисфагия, слюнотечение, голос не изменен, кашля нет. Общее тяжелое состояние, тяжелое дыхание. Аллергический отек гортани: отягощенный аллергоanamнез, катаральных явлений нет, интоксикация отсутствует, резкое внезапное начало на фоне полного здоровья, часто в дневное время, часто сочетается с отеком глаз. Бактериальный трахеит: острый воспалительный процесс в трахее, сопровождающийся скоплением гнойной мокроты в подсвязочном пространстве; на фоне ОРВИ состояние ухудшается, нарастает дыхательная недостаточность, навязчивый кашель, резко выражены симптомы интоксикации.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена в полном объеме
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена, но частично, без углубления, либо не со всеми необходимыми заболеваниями
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	3	Назовите дополнительные методы диагностики.
Э	-	Вирусология. Мазок из зева на дифтерию. При ухудшении состояния - ларингоскопия и газы крови: парциальное давление CO <sub>2</sub> и O <sub>2</sub> .
P2	-	Дополнительные методы диагностики названы верно
P1	-	Дополнительные методы диагностики названы верно, но не в полном объеме
P0	-	Дополнительные методы диагностики названы неверно
В	4	Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики

		данному ребенку?
Э	-	Госпитализация в инфекционное отделение. Пульсоксиметрия, кислородотерапия при показателе O <sub>2</sub> менее 95%. Ингаляции через небулайзер суспензии Будесонида в дозе 500-1000 мкг на одну ингаляцию, введение Дексаметазона в дозе 0,6 мг/кг в/м или Преднизолона 2,5 мг /кг под контролем уровня АД. Ингаляции Эпинефрина по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/мл) в 3 мл физ. раствора каждые 15-20 минут не более трёх раз. Через 30 минут при отсутствии эффекта ингаляцию суспензии Будесонида повторить в той же дозе. Сосудосуживающие капли в нос. Антибиотики данному ребенку не показаны.
P2	-	Тактика указана верно. Решение об антибактериальной терапии верное
P1	-	Тактика указана частично. Решение об антибактериальной терапии верное.
P0	-	Тактика указана неверно. Решение об антибактериальной терапии неверное
В	5	Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?
Э	-	Антибактериальная терапия показана при эпиглоттите, дифтерийном крупе, бактериальном трахеите, другой респираторной патологии - средний отит, острый бактериальный риносинусит, острый аденоидит, острый тонзиллит, вызванный БСГА (беттагемолитическим стрептококком группы А), пневмония. А также при следующих клинических показаниях: - при сохранении фебрильной температуры более трех дней; - асимметрия хрипов; - лейкоцитозе $> 15 \times 10^9$ /л и/или нейтрофилёзе более 10 тыс./мкл, уровень СРБ более 30 мг/мл, прокальцитонин более 2 нг/мл; - инфекции, вызванной внутриклеточными возбудителями (хламидии, микоплазмы); - затяжной характер ( $> 2$ недель) заболевания; - при выраженных признаках интоксикации (вялость, сонливость, потеря аппетита, рвота) более трех дней; - при наличии обильной гнойной мокроты в сочетании с интоксикацией; - недоношенным детям, детям раннего возраста (до 6 месяцев) с низкими показателями здоровья; - при неблагоприятном преморбидном фоне (пороки).
P2	-	Случаи применения антибактериальной терапии указаны верно.
P1	-	Не все случаи применения антибактериальной терапии указаны
P0	-	Случаи применения антибактериальной терапии указаны неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребенка грудью, жалуется, что в последние дни ребенка 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. Ребенок не температурил. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

		При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области. Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Первичная транзиторная лактазная недостаточность
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован верно
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован частично: без указания характера заболевания
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Диагноз установлен по следующим основаниям: Ребенок 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).
P2	-	Диагноз обоснован в полном объеме
P1	-	Диагноз обоснован частично: приведена часть данных
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5). Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
P2	-	Методы исследования и их ожидаемые результаты указаны верно
P1	-	Методы исследования указаны верно/частично верно, ожидаемые результаты – в общих чертах
P0	-	Методы исследования и их ожидаемые результаты указаны неверно
В	4	Сформулируйте рекомендации по лечению.
Э	-	Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. 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. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты симетикона). Местное лечение перианального дерматита.
P2	-	Рекомендации по лечению даны верно
P1	-	Рекомендации по лечению даны частично: не указаны энтеросорбенты, препараты симетикона, местное лечение.

P0	-	Рекомендации по лечению даны неверно
B	5	Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?
Э	-	<p>В целях предотвращения лактазной недостаточности и аллергии на лактозный белок у ребёнка, кормящей матери следует серьёзнее относиться к собственному питанию. Для этого разработана сбалансированная диета мамы при лактозной недостаточности у грудничка. В первую очередь следует сократить количество потребляемого белка. Отказаться от цельного коровьего и козьего молока. Белок из молока, употребляемого в чистом виде, легко всасывается в кровь матери, а из неё попадает в грудное молоко. Если у ребенка аллергия на белок в коровьем или козьем молоке, у него может нарушиться работа ещё не до конца сформировавшейся пищеварительной системы. Это приводит к дефициту лактазы, а вместе с этим и к непереносимости лактозы.</p> <p>Стараться не употреблять не только цельное молоко, но и другие продукты на его основе — масло, творог, йогурты, кефир, сыр. Не есть выпечку, тесто которой сделано с добавлением сливочного масла. Ограничьте употребление говядины — в этом мясе содержится больше всего белков в отличие от свинины или птицы.</p> <p>Аллергическая реакция у малыша может возникнуть и на другие белки. В редких случаях из рациона кормящей матери следует исключить сладкое. Как только аллергены в питании устранены, работа пищеварительных органов малыша постепенно придёт в норму, а симптомы дефицита лактазы исчезают.</p> <p>Следует свести употребление к минимуму или исключить вовсе: блюда с большим количеством острых специй, а также соленья — грибы, огурцы и пр.; пряные травы при приготовлении еды; алкоголь вне зависимости от его крепости; исключить из рациона кофеин; продукты с консервантами и красителями; экзотические для наших широт фрукты и ягоды, а также любые овощи красного цвета.</p> <p>На время сократить потребление продуктов, которые приводят к газообразованию. Это: сахар, выпечка, дрожжевой хлеб, бобовые, виноград.</p> <p>Побольше есть: свежих овощей и ягод (за исключением аллергенов), овощи можно варить, тушить или есть в сыром виде, регулярно пить компоты из чернослива и кураги, можно есть миндальные орешки, желе и пастилу, но в небольших количествах; побольше зерновых круп, идеальный вариант — пророщенные ростки пшеницы, когда малышу исполнится полгода, можно постепенно возвращать в рацион жареные блюда на небольшом количестве растительного масла, с 6 месяцев можно есть экзотические фрукты в умеренных количествах, дозволительно по утрам съедать немного шоколада, но обязательно чёрного — в нём меньше всего молока и сахара.</p>
P2	-	Рекомендации по питанию матери даны в полном объеме
P1	-	Рекомендации по питанию матери даны частично
P0	-	Рекомендации по питанию матери даны неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На амбулаторном приеме мама с дочерью 4,5 месяцев. Ребенок от I беременности, I срочных родов без осложнений.

		<p>Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см.  Привита по возрасту.  Наследственный анамнез не отягощен – 0,5 индекс отягощённости наследственного анамнеза.  Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС.  Из анамнеза день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция.  Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось.  При осмотре: температура тела 37,0°C.  Видимые слизистые чистые.  По внутренним органам и системам патологии не выявлено.  Стул кашицеобразный, без патологических примесей.  В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.</p>
В	1	Поставьте правильный диагноз.
Э	-	Местная постпрививочная реакция.
P2	-	Диагноз выставлен правильно: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз не совсем верный : 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз выставлен неправильно: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз выставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС. На основании данных анамнеза жизни – ребенок от I беременности, I срочных родов без осложнений.  Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см. Привита по календарю.  Наследственный анамнез не отягощён. На основании данных анамнеза заболевания - день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось. А также на основании данных объективного обследования - температура тела 37,0°C. Видимые слизистые чистые. По внутренним органам и системам патологии не выявлено. В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.</p>
P2	-	Диагноз обоснован грамотно, полностью, замечаний нет: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Обоснование диагноза неправильное: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребенка.
Э	-	Ребенок должен продолжать проходить иммунизацию согласно

		календарю профилактических прививок на фоне полного здоровья. Противопоказаний нет. Какой-то специальной подготовки не требуется.
P2	-	Получен полный и правильный ответ по вопросу к задаче: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 3.
B	4	Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
Э	-	После проведения вакцинации могут быть аллергические осложнения (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница, различные сыпи, местные аллергические реакции); могут быть осложнения с поражением нервной системы (судорожный синдром на фоне гипертермии, судорожный синдром на фоне нормальной или субфебрильной температуры, пронзительный крик). Может быть повышение температуры тела, вялость ребенка, плохой сон, отказ от еды.
P2	-	Клинические проявления при поствакцинальных осложнениях представлены полностью, правильно: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Клинические проявления при поствакцинальных осложнениях представлены неполностью: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 4.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°C, вызвали врача. При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Предварительный диагноз – острая правосторонняя нижнедолевая пневмония.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно, согласно классификации: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован неполностью: 1 балл по вопросу 1
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован неправильно: 0 баллов по вопросу 1
B	2	Обоснуйте предварительный диагноз.

Э	-	На основании жалоб на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль, данных анамнез - ребенок накануне болезни попал под дождь и замёрз, поднялась температура тела и держалась до 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. В день обращения температура тела поднималась до 39,0°C, учитывая объективные данные - ребёнок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет можно выставить предварительный диагноз – острая правосторонняя нижнедолевая пневмония.
P2	-	Предварительный диагноз обоснован правильно, учтены жалобы, данные анамнеза жизни и анамнеза заболевания, а также объективные данные: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Предварительный диагноз обоснован неполностью, не учтены жалобы, и/или данные анамнеза, и/или данные объективного обследования: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Предварительный диагноз обоснован неправильно. Нет трактовки жалоб, данных анамнеза, данных объективного обследования: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребенку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
Э	-	Учитывая возраст ребенка – мальчику 12 лет, тяжесть течения заболевания – фебрильная температура три дня, объективно ребенок вялый, тахикардия на фоне температуры, ребенка мать лечила самостоятельно, после назначения грамотного лечения мальчик может лечиться амбулаторно или в дневном стационаре.
P2	-	Ответ на вопрос правильный, аргументирован грамотно: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ на вопрос не совсем правильно аргументирован, не учтен возраст ребенка и/или тяжесть течения заболевания: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Ответ на вопрос неправильный. Подход к лечению и тактике ведения ребенка неверный: 0 баллов по вопросу 3.
В	4	Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	Подтвердить предварительный диагноз необходимо с помощью инструментальных методов – рентгенография органов грудной клетки (на рентгеновском снимке будет затемнение в очаге поражения), а также лабораторно – в общем анализе крови будет лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.
P2	-	Правильно составлен план дополнительного обследования (инструментального, лабораторного) и правильно дана трактовка результатов обследования для подтверждения предварительного диагноза: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Данные дополнительного обследования представлены неполностью. Не учтены инструментальные методы и/или лабораторные, а также их трактовка: 1 балл по вопросу 4.

P0	-	Ответ на вопрос неправильный. Нет представления о том, как подтвердить предварительный диагноз у ребенка и как трактовать эти данные: 0 баллов по вопросу 4.
B	5	Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребенка при подтверждении диагноза.
Э		Всем детям с внебольничной пневмонии назначают антибиотики пенициллинового ряда (амоксциллин, амоксициллин/квалуланат), цефалоспорины II-III поколения, макролиды в возрастной дозировке. Можно давать антибиотики перорально, или использовать ступенчатую дачу.
P2		Ответ на вопрос полный, этиотропная терапия заболевания освещена. Дана правильная характеристика всех групп и поколений антибиотиков: 2 балла по вопросу 5.
P1		Ответ на вопрос неполный, этиотропная терапия данного заболевания не раскрыта. Группы и/или поколения антибиотиков представлены не совсем верно: 1 балл по вопросу 5.
P0		Ответ на вопрос неправильный, не даны рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребенка, нет представления о группах антибиотиков, возрастных дозах: 0 баллов по вопросу 5.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.</p> <p>Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.</p> <p>Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.</p> <p>Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по</p>

		<p>всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.</p> <p>Обследована:</p> <p>В общем анализе крови: Нв 98 г/л, Ег 3,8x10<sup>12</sup>/л, L 7,3x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 3 мм/ч.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.</p> <p>В копрограмме патологических изменений нет.</p> <p>В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л.</p> <p>Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипотрофия 2 степени. Гипохромная анемия, 1 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз поставлен неверно: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
Э	-	Гипогалактия у матери ребенка и неадекватный докорм.
P2	-	Факторы, способствующие формированию заболевания указаны верно: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Указаны не все факторы, способствующие формированию заболевания: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Факторы, способствующие формированию заболевания, указаны неверно 0 баллов по вопросу 2
В	3	Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
Э	-	Дать советы матери по лечению гипогалактии. Рассчитать питание ребенку и назначить адекватный докорм в виде адаптированной смеси. Осматривать ребенка ежемесячно, согласно требованиям по диспансерному наблюдению за детьми первого года жизни. Назначить лечение гипохромной анемии (сбалансированное питание, своевременное введение прикорма, при неэффективности, назначение препаратов железа).
P2	-	Тактика врача-педиатра указана верно. Сроки диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни освещены полностью. Подход к лечению гипохромной анемии правильный: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ на вопрос неполный: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Ответ на вопрос не получен: 0 баллов по вопросу 3.
В	4	Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
Э	-	У матери улучшилась лактация, молока достаточно. У ребенка нормальные показатели физического развития. Анализ крови в пределах возрастной нормы.

P2	-	Критерии эффективности лечения при данной патологии освещены грамотно и полностью: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Критерии эффективности лечения при данной патологии освещены не в полном объеме: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Ответ неверный: 0 баллов по вопросу 4.
B	5	Назовите правила введения докорма.
Э	-	В качестве докорма использовать только адаптированные смеси. Рассчитать необходимое количество адаптированной смеси для докорма (объемный способ расчета). Давать докорм ребенку после прикладывания к груди. Давать докорм с ложечки или из рожка.
P2	-	Получен полный ответ на вопрос: названы правила введения докорма, рассчитано количество смеси для докорма. Дана характеристика адаптированных смесей: 2 балла по вопросу 5.
P1	-	Ответ на вопрос неполный: 1 балл по вопросу 5.
P0	-	Ответ неправильный :0 баллов по вопросу 5.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.</p> <p>На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».</p> <p>При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 2 см.</p>
B	1	Дайте заключение по данному случаю.
Э	-	<p>Мать неправильно обвинила медсестру в непрофессионализме: девочке сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины – данная реакция на прививки не зависит от медперсонала. . В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см. Это местная постпрививочная реакция. Местное осложнение выражается повышенной уплотненность и значительным увеличением припухлости в месте укола диаметром свыше 8 см.</p>
P2	-	Заключение по данному случаю грамотное: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Ответ на вопрос не совсем правильный: 1 балл по вопросу 1

P0	-	Ответ на вопрос неправильный: 0 баллов по вопросу 1
B	2	Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
Э	-	Осложнения после иммунизации вакциной АКДС могут быть местные и общие. После проведения вакцинации могут быть аллергические осложнения (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница, различные сыпи, местные аллергические реакции); могут быть осложнения с поражением нервной системы (судорожный синдром на фоне гипертермии, судорожный синдром на фоне нормальной или субфебрильной температуры, пронзительный крик). Может быть повышение температуры тела, вялость ребенка, плохой сон, отказ от еды. Местное осложнение выражается повышенной уплотненностью и значительным увеличением припухлости в месте укола диаметром свыше 8 см.
P2	-	Возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС перечислены правильно: 2 балла по вопросу 2.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 2.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 2.
B	3	Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
Э	-	Ребенок не подлежит медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка. Может продолжать прививаться согласно календарю профилактических прививок.
P2	-	Ответ на вопрос правильный: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 3.
B	4	Тактика участкового врача-педиатра по лечению и ведению данного ребенка.
Э		Дать рекомендации маме, рассказать о возможных постпрививочных реакциях и осложнениях. Никаких медикаментозных воздействий, учитывая состояние ребенка, не требуется. Продолжать прививать ребенка согласно календарю профилактических прививок.
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 4.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Вызов на дом участкового врача к мальчику 2,5 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела до 38,5-39,0 градусов, слабость, отказ от еды, высыпания на коже. Из анамнеза: ребёнок от I беременности, I срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю. Из перенесённых заболеваний: ОРЗ – до 2 раз в год, кишечная инфекция.. Мать ребенка контакт с инфекционными больными отрицает. Болен 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до

		38,0°C, необильного отделяемого из носа. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В лёгких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твёрдого нёба несколько поверхностных эрозий размером 2x3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ветряная оспа, период высыпаний, течение средней тяжести.
P2	-	Диагноз выставлен правильно: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз выставлен неполностью: 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз не выставлен: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании жалоб на повышение температуры тела до 38,5-39,0 градусов, слабость, отказ от еды, высыпания на коже; на основании данных анамнеза жизни: ребёнок от I беременности, I срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю. Из перенесённых заболеваний: ОРЗ – до 2 раз в год, кишечная инфекция. На основании данных анамнеза болезни: болен 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом, а также учитывая данные объективного обследования: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. На слизистой твёрдого нёба несколько поверхностных эрозий размером 2x3 мм можно выставить диагноз - ветряная оспа, период высыпаний, течение средней тяжести.
P2	-	Диагноз обоснован правильно: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован неправильно: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Назначьте лечение.
Э		Противовирусное лечение (учитывая возраст ребенка, интоксикацию, температуру тела фебрильную в течение 3-х дней, обильные высыпания, в том числе на слизистой рта) – ацикловир в дозе 20 мг/кг 4 раза в сутки – 5 дней. Антигистаминные препараты короткого действия. Полость рта обрабатывать антисептиками (мирамистин). Высыпания на коже обрабатывать 1% раствором бриллиантовой зелени, или водным

		раствором фукарцина, или поксклин гелем.
P2	-	Лечение назначено правильно: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Лечение назначено не совсем правильно: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Лечение назначено неправильно: 0 баллов по вопросу 3.
B	4	Перечислить возможные осложнения при ветряной оспе.
Э	-	В большинстве случаев заболевание не влечет за собой последствий. Могут быть бактериальные осложнения высыпаний при расчесывании, на их месте остаются рубцы и шрамы. Заболевание может осложниться: менингоэнцефалитом, абсцессом, флегмоной, кератитом, пневмонией, отитом, миокардиомт, артритом.
P2	-	Осложнения перечислены правильно: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Не все осложнения перечислены: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Осложнения не перечислены: 0 баллов по вопросу 4.
B	5	Инкубационный период при ветряной оспе. Заразен ли ребенок. Можно ли заболеть повторно.
Э	-	Инкубационный период при ветрянке у детей от 14 до 21 дня. Больной ветрянкой становится заразным за 2 дня до появления сыпи, в период высыпаний и еще 5-7 дней после возникновения на коже последних элементов сыпи. Как правило, после ветрянки вырабатывается стойкий пожизненный иммунитет к этой инфекции.
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 5.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 5.
P0	-	Ответ на вопрос неправильный: 0 баллов по вопросу 5.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 1 месяца приехала из сельской местности в областной центр к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку уверены, что ребенок болен.</p> <p>Анамнез жизни Роды на 38-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, сосет вяло, почти все время спит. Матери 17 лет, считает себя здоровой; брак не зарегистрирован, ребенка воспитывает одна.</p> <p>При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Вялый, на осмотр реагирует слабым криком. Масса тела 3550 г; при контрольном кормлении высосал около 70 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребенок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончен 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 легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 36 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка на 1 см ниже реберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Мышечная гипотония.</p>

В	1	Каков предполагаемый диагноз?
Э	-	Перинатальная энцефалопатия в форме ГГС, синдрома мышечной гипотонии. Отставание в физическом развитии.
P2	-	Диагноз выставлен правильно: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз неполный: 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз неправильный: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребенку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?
Э	-	Нейросонография. Антропометрические данные: окружность головы и окружность грудной клетки при рождении.
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Определите суточный объем питания ребенку объемным способом, необходимое количество смеси для докорма и какие смеси использовать для докорма ребенку.
Э	-	Суточный объем питания от от 2 до 6 недель – 1/5 массы тела; от 6 недель до 4 месяцев 1/6 массы тела; от 6 до 8 месяцев – 1/7. Для нашего ребенка $3600 \text{ г} : 5 = 720 \text{ мл}$ суточный объем молока. На одно кормление: $720 \text{ мл} : 6 = 120 \text{ мл}$ . $120 \text{ мл} - 70 \text{ мл} = 50 \text{ мл}$ смеси необходимо для докорма ребенка. Использовать только адаптированные смеси, для детей первого полугодия жизни (начальные).
P2	-	Ответ и расчет питания правильный: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Расчет питания неправильный: 0 баллов по вопросу 3.
В	4	Какими специалистами должен наблюдаться ребенок?
Э	-	Ребенок должен наблюдаться участковым педиатром и неврологом.
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 4.
В	5	Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
Э	-	Отягощенный акушерский анамнез у матери : ребенок от 1-ой беременности, 1-х родов в возрасте 17 лет, беременность протекала с токсикозом в I триместре, на 24-26 неделе гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Стремительные роды: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час. Гипогалактия у матери.
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 5.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 5.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 5.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ</b>

		НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемное отделение поступил ребенок , 5 лет, с явлениями трахеита, жалобами на боль в груди, в эпигастрии, боль при глотании, болезненность при пальпации шеи, слюнотечение. При осмотре отек слизистой ротовой полости. Со слов мамы ребенок находился на кухне вместе с бабушкой, бабушка налила ребенку остывшей воды из чайника, в котором предположительно находилось средство от накипи.
В	1	Предварительный диагноз.
Э	-	Острое отравление кислотой. Ожог слизистой ротовой полости, слизистой пищевода, желудка с возможной перфорацией пищевода.
P2	-	Диагноз правильный: 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз неполный: 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз выставлен неправильно: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Как подтвердить предварительный диагноз.
Э	-	Консультация лор-врача для определения степени поражения полости рта при ожогах кислотой. Эндоскопия (в первые 12-24 ч) показана всем больным с клиническими проявлениями ожогов; она позволяет уточнить локализацию и, часто, тяжесть поражения. Для выявления аспирации проводят рентгенологическое исследование грудной клетки и лабораторные исследования.
P2	-	Ответ на вопрос правильный: 2 балла по вопросу 2
P1	-	Ответ на вопрос неполный: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Правила промывания желудка у детей при острых отравлениях.
Э	-	«Ресторанным» способом детей, особенно раннего возраста промывать запрещено из-за опасности аспирации!!! Каждое отравление состояние ургентное. Промывание желудка при пероральных отравлениях проводят прохладной водой или солевыми растворами через назогастральный зонд. Для детей до одного года количество жидкости для промывания – 100 мл/кг массы тела. Старше года – 1 л/год жизни, но не более 8-10 литров. Ребенку 5 лет необходимо 5 литров жидкости. Желудок промывают до чистых промывных вод. Необходимо следить за объемом вводимой и выводимой жидкости. У детей до 1 года допустимо оставлять 100 мл жидкости, старше 1 года – 300-500 мл. По окончании промывания в желудок вводят взвесь активированного угля 1-2 г/кг или ТУМ. Солевые слабительные - сернокислую магнезию или сернокислый натрий в дозе 0,5 г/кг. Ввести лазикс в/м 1-4 мг/кг. Измерить АД. При отравлении кислотами и щелочами солевые слабительные противопоказаны!!!
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 3.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 3.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 3.
В	4	Что применяют в качестве слабительного при отравлении кислотами.
Э	-	При отравлении кислотами в качестве слабительного используют растительное масло: до 3 лет – 1 ч.л.

		от 3 до 7 лет – 1 д.л. старше 7 лет – 1 ст.л. Внутри 4 – 5 раз в день
P2	-	Ответ правильный: 2 балла по вопросу 4.
P1	-	Ответ неполный: 1 балл по вопросу 4.
P0	-	Ответ неправильный: 0 баллов по вопросу 4.
В	5	Профилактика острых отравлений у детей.
Э	-	Начиная с периода самостоятельного ребенка, дома необходимо сделать все, чтобы исключить доступ к домашней аптечке и средствам бытовой химии. Особенно тщательный контроль следует осуществлять в ДДУ и школах на территории не должно быть дикорастущих растений, грибов и ягод. Проводить с детьми беседы о вреде наркотических веществ и алкоголя, дикорастущих растений, грибов и ягод.
P2	-	Ответ на вопрос правильный: 2 балла по вопросу 5.
P1	-	Ответ на вопрос неполный: 1 балл по вопросу 5.
P0	-	Ответ на вопрос неправильный: 0 баллов по вопросу 5.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок 8 месяцев.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5-е сутки. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.</p> <p>С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.</p> <p>Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, яркие голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 уд. в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.</p> <p>Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, Эр - 4,3x10<sup>12</sup>/л, Лейк - 5,8x10<sup>9</sup>/л, п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.</p> <p>Скрининг-тест Гатри: положительный</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Фенилкетонурия, позднее выявление, отставание в психомоторном развитии
P2	-	Диагноз правильный
P1	-	Диагноз неполный
P0	-	Диагноз неправильный
В	2	Что лежит в основе возникновения ФКУ?
Э	-	Нарушение метаболизма аминокислот, главным образом фенилаланина
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ на вопрос неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Какой тип наследования ФКУ?
Э	-	Аутосомно-рецессивный.
P2	-	Тип наследования ARE указан правильно
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Причина снижения интеллекта при ФКУ?
Э	-	Нарушения в обмене липидов (накопление ортофенилацетата и фенилэтиламина)
P2	-	Ответ правильная
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Когда берется скрининг на ФКУ и какие цифры фенилаланина являются критическими?
Э	-	Кровь новорожденного берется на 4-5 день, выше 2,2% фенилаланина требует направления в медикогенетический центр.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	6	Частая причина возникновения ФКУ?
Э	-	Близкородственные браки.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	7	Белковые гидролизаты-лечебные смеси.
Э	-	Нофелан, Апонти, Лофенолак, Тетрафен
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 5 месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.</p> <p>Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II беременность прервана по желанию матери). Масса тела при рождении 3700 г, длина-53 см.</p> <p>С 1 месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, периодически «жирный» стул.</p> <p>При поступлении состояние очень тяжелое. Масса – 4600 г, длина – 55 см. Отмечается резко выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 68 в 1 мин. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 в 1 мин. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов. Живот увеличен в объеме, вздут, урчит при пальпации. Печень +3 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1 см. Стул 6 раз в день, обильный, жирный.</p> <p>Общий анализ крови: Нb – 108 г/л. эр – 4,66х10<sup>12</sup>/л. т. – 270х10<sup>9</sup>/л, лейкоц. – 12,7х10<sup>9</sup>/л, п/я – 11, с/я – 42, л. – 32, э – 5, м. – 10, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейкоц. – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.</p> <p>Копрограмма: большое количество нейтрального жира.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Муковисцидоз, смешанная форма, хронический обструктивный гнойный бронхит, ДН 3 степени, хроническая экзокринная панкреатическая недостаточность.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Этиопатогенез.
Э	-	Наследственная патология, характеризующаяся поражением всех экзокринных желез.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Укажите срок врачебного наблюдения за больным.
Э	-	Пожизненно.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Характер генетической патологии.
Э	-	Мутация гена, участвующего в транспорте электролитов через клеточную

		мембрану в протоках желез внешней секреции.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Укажите клинические формы муковисцидоза.
Э	-	Легочная, кишечная, смешанная ( 80%)
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0		Ответ неправильный
В	6	Укажите редкие клинические формы муковисцидоза.
Э	-	Меконеальный илеус, печеночная, атипичная с преимущественным поражением одного органа, стертая.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	7	Оцените данные потового теста.
Э	-	Потовый тест имеет повышенные цифры.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок В., 5 лет, доставлен в больницу с жалобами на сыпь на коже конечностей, боли и припухлость голеностопных суставов, боли в животе.</p> <p>Из анамнеза известно, что месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до 38,5°C, с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз: лакунарная ангина. Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось, появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.</p> <p>При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин, голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный без каловых масс с примесью крови (типа мелены). Мочится достаточно, моча</p>

		<p>светлая.</p> <p>Общий анализ крови: Нв –128 г/л, эр. <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, Ц.П. 0,85, тромбоциты <math>432 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>10,5 \times 10^9/л</math>, п/я –9%, с/я – 61%, эоз – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, альбумины – 38 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, АСТ – 20 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, СРБ ++, средние молекулы 130 ЕД/л, АСЛ-О 250 ЕД/л (N до 200 ).</p> <p>Коагулограмма: протромбиновое время 110%, активированное частичное тромбопластиновое время 70 сек (N 60-70 сек), фибриноген 4,4 г/л, тромбиновое время 10сек (N 10-20сек), этаноловый тест отрицательный.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1030, белок –следы, рН – 5,7, эпителий плоский – 0 -1 в п/зр, лейкоциты – 2 - 4 в п/зр, эритроциты, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Геморрагический васкулит, смешанная кожно-суставно-абдоминальная форма острое течение.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Укажите основные патогенетические моменты.
Э	-	Образование иммунных комплексов с возникновением на стенке мелких сосудов асептического воспалительного процесса.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Почему и где возникает геморрагическая сыпь?
Э	-	За счет повышения проницаемости сосудистой стенки и образования тромботических масс: геморрагические элементы разной величины, исчезающие при надавливании, симметричны.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	С какими заболеваниями проведете дифдиагноз?
Э	-	Тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический синдром при инфекционных заболеваниях, системные васкулиты острого гломерулонефрита.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Какими специалистами должен наблюдаться ребенок?
Э	-	Нефролог, хирург, гастроэнтеролог.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный

В	6	Основные принципы лечения.
Э	-	Щадящая гипоаллергенная диета, гепаринотерапия гипокоагуляция.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	7	Основная трактовка коагулограммы у ребенка.
Э	-	Отсутствие данных за нарушение свертывания.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик С., 9 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.</p> <p>Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.</p> <p>На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.</p> <p>При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.</p> <p>Общий анализ крови: Нб – 93 г/л, эр. 3,7x10<sup>12</sup>/л, Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты 230 x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты 9,0x10<sup>9</sup>/л, п/я –5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.</p>
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
Э	-	Гемофилия А, тяжёлая форма.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный

В	2	Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Кровь на определение времени свертывания крови, активированного частичного тромбопластинового времени (диапазон значений 25-39 сек.), протромбинового времени (11-16 сек.).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Назначьте лечение этому больному:
Э	-	Свежая или свежемороженая плазма крови, криопреципитат или антигемофильная плазма. С целью остановки кровотечения нужно применять амикару (эпсилонаминокапроновая кислота) этамзилат, дицинон. При кровотечении из слизистых-гемостатическая губка
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Укажите тип кровоточивости у больного.
Э	-	Гематомный
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Наследственный фактор этого заболевания.
Э	-	Рецессивное заболевание, связанное с полом. Гены, контролирующие 8 фактор, находятся в X хромосоме. Больной передает аномальную X хромосому всем дочерям, а здоровую Y хромосому – сыновьям (сыновья здоровые и не передают аномальный ген детям) Дочери, носители в 25% могут родить больного гемофилией мальчика.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	6	Что такое паспорт гемофилика?
Э	-	Указывается тип заболевания, группа крови и резус фактор больного, принципы оказания первой помощи. Паспорт постоянно находится у ребенка.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	7	Перечислите врачей осуществляющих наблюдение за подобными больными.
Э	-	Гематолог, травматолог, ортопед, хирург, при наличии крови в моче – нефролог, при обильном носовом кровотечении – лор врач
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный

Р0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от III беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от “кишечной инфекции”, 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее – искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 1 года вес 10 кг 500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.</p> <p>Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.</p> <p>При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1 мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр – <math>3,6 \times 10^{12}/л</math>, тромб. – <math>216,0 \times 10^9/л</math>, лейкоц – <math>4,3 \times 10^9/л</math>, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция – кислая, эпителий – единичный, лейкоц – 1-2 в поле зрения, эритроц. – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумины – 40%, глобулины: <math>\alpha_1</math> – 5%, <math>\alpha_2</math> – 10%, <math>\beta</math> – 20%, <math>\gamma</math> – 25%, мочевины – 3,7 ммоль/л, билирубин – 7,0 мкмоль/л, холестерин – 1,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, ЩФ – 430 Ед/л (норма 50 – 400).</p> <p>Копрограмма: форма кашицеобразная, цвет – желтый, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – много.</p> <p>Пилюкарпиновая проба: хлориды пота - 39 мэкв/л.</p> <p>Рентгенография брюшной полости: в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.</p> <p>Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки – <math>3 \times 10^8</math> (норма <math>3 \times 10^8</math> – <math>4 \times 10^8</math>), кокковая флора – 10% (норма до 25%), бифидобактерии – 102 (норма – более 107).</p> <p>Липидограмма крови: общие липиды – 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды – 90 мг% (норма – 100-160), триглицериды – 108 мг% (норма 160 – 190).</p> <p>Липидограмма кала: общие липиды – 1380 мг% (норма 790),</p>

		<p>моноглицериды – 173 (норма 0), диглицериды 53 мг% (норма 38).  УЗИ органов брюшной полости: печень – увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.  Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.  Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощенных складок в виде налета «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощенными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.  Исследование кала на сывороточный белок: реакция положительная.  Углеводы в кале: 1,1 г% (норма 0,05 – 0,5)  Тест с д-ксилозой: через 30 минут – 1,2 ммоль/л, через 60 минут – 1,5 ммоль/л, через 120 минут – 1,3 ммоль/л.  Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.  Общий анализ крови: Hb – 93 г/л, эр. 3,7x10<sup>12</sup>/л, Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты 230 x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты 9,0x10<sup>9</sup>/л, п/я –5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.  Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.</p>
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
Э	-	Целиакия, активная фаза; вторичная экссудативная энтеропатия; вторичная лактазная недостаточность, дизбиоз кишечника. Гепатрофия 2 степени, железодефицитная анемия смешанной этиологии 2 степени
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Укажите этиологию возникновения целиакии.
Э	-	Наследственная непереносимость злаков: пшеница, рожь, овес, ячмень.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Объясните причину изменения поведения ребенка.
Э	-	Продукты не полного распада глиадины всасываясь в кишечнике способствуют токсической энцефалопатии.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный

В	4	Почему у ребенка развились рахитоподобные изменения и карпопедальный спазм?
Э	-	В связи развитием синдрома нарушенного всасывания и потерей кальция с калом а так же жирорастворимых витаминах (А, Д, Е, К).
Р2	-	Оценочная рубрика
Р1	-	Оценочная рубрика
Р0		Оценочная рубрика
В	5	Какие клинические проявления вторичной экссудативной энтеропатии?
Э	-	Отечность на голенях, передней брюшной стенке на фоне потери веса и хорошем анализе мочи подтверждено низким кол-вом белка в крови, особенно альбуминов.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Ответ неполный
Р0	-	Ответ неправильный
В	6	Какой самый главный критерий подтверждений диагноза целиакия,
Э	-	Гистологическое исследования слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличения глубины крипт уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Ответ неполный
Р0	-	Ответ неправильный
В	7	По каким критериям можно судить о лактадной недостаточности.
Э	-	Показатели теста с д-ксилозой, увеличение углеводов в кале, клиника, не увеличенные хлориды пота.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Ответ неполный
Р0	-	Ответ неправильный
В	8	Как долго ребенок должен получать аглиадиновую диету.
Э	-	Пожизненно
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Ответ неполный
Р0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Ребенок 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе. Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200, длина 50 см. раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года,

		<p>прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см.</p> <p>Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении каши на цельном молоке. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния, 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.</p> <p>Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не “любят” молоко.</p> <p>При осмотре: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/8, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.</p> <p>Анализ крови клинический: Нб – 120 г/л, эр – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, лейкоц – <math>5,1 \times 10^9/л</math>, п/я-2%, с/я -33%, э -3%, л -52%, м -10%, СОЭ -3 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность – 1015; лейкоц. – 2-3 в п/зр; эритроц. – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок –70 г/л, альбумины – 61%, холестерин – 5,8 ммоль/л, калий –4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизир. – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.</p> <p>Углеводы в кале: 0,8 г% (N – 0,05-0,5)</p> <p>Гликемические кривые после нагрузки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- с Д-ксилозой: через 30 мин – 1,5 ммоль/л, через 60 минут – 2,5 ммоль/л, через 90 минут – 2,2 ммоль/л.</li> <li>- с глюкозой: натощак – 4,5 ммоль/л, через 30 мин – 4,8 ммоль/л, через 60 минут – 6,8 ммоль/л, через 90 мин – 5,6 ммоль/л, через 120 мин – 4,6 ммоль/л.</li> <li>- с лактозой: натощак – 4,3 ммоль/л, через 30 мин – 4,6 ммоль/л, через 60 минут – 4,8 ммоль/л, через 90 мин – 4,7 ммоль/л, через 120 мин – 4,4 ммоль/л.</li> </ul> <p>После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.</p> <p>Копрограмма: цвет - желтый, консистенция – кашицеобразная, мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – незначительное количество, крахмал – много, йодофильная флора – умеренное кол-во.</p> <p>Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень - не изменена, поджелудочная железа – несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.</p>
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
Э	-	Первично лактазная недостаточность, дисбактериоз кишечника.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Обоснуйте данный диагноз.
Э	-	У ребенка после употребления молока жидкий стул, потеря веса,

		отягощён анамнез. Клиника бродильной диареи. В исследованиях: увеличение углеводов в кале, после нагрузки лактозой гликемическая кривая не изменяется, в капрограмме наличие крахмала и йодофильной флоры что говорит о преимущественно бродильной диарее. Дизбактериоз кишечника характеризуется бифедо флорой наличием гемолитической кишечной палочки.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	3	Объясните суть лактазной недостаточности.
Э	-	Это не переносимость лактозы (молочного дисахара) за счет снижения фермента лактазы в тонком кишечнике.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	4	Укажите симптомы лактазной недостаточности.
Э	-	Стул жидкий часто пенистый с кислым запахом до 10 раз в сутки при употреблении молока; беспокойство ребенка во время кормления или после вздутие живота; ребенок плохо набирает вес. Нагрузка лактозой-гликемическая кривая в нашей задаче, использование теста в выдыхаемом воздухе дискутируется. Определение углеводов в кале - тест не точный. Копрограмма: кислотность стула в место 5.5 – 4, характерно наличие жирных кислот и мыл.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	5	Укажите основные принципы лечения данного ребенка.
Э	-	Ограничения пресного молока и продуктов, содержавших молоко, а также другие вещества и лекарства, содержащие лактозу. При необходимости употребление молока давать ферменты лактазы. Можно употреблять низколактозные и безлактозные смеси.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	6	Одинаковы ли по составу однодневный или трёхдневный кефир.
Э	-	В трехдневном кефире значительно снижена количество лактозы.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	7	Почему «не любят» молоко родственники ребенка.
Э	-	В связи с понижением лактазы в тонком кишечнике родственников.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный

P0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила у Маши К. 4 года. 3 мес. сыпь на шее.</p> <p>Со слов матери ребенка у брата (посещает 2 класс школы) в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводила сама (полоскание горла раствором фурацилина, теплое молоко). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.</p> <p>Девочка осмотрена врачом детского сада. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей.</p> <p>Состояние средней тяжести; термометрия – 37,8°C. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей.</p> <p>Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемизированном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (шея, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемизированы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 100 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.</p>
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
Э	-	Скарлатина, легкая форма первый день высыпаний
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Перечислите опорно-диагностические признаки, позволившие поставить диагноз
Э	-	Ангина повышение температуры тела, мелкоточечная сыпь на теле, малиновый язык, бледный носогубной треугольник без сыпи. При уменьшении сыпи шелушение кожных покровов.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Укажите основные причины заболевания.

Э	-	Источник больной скарлатиной, ангиной или носитель стрептококка, заражение происходит воздушно-капельным путем, контактно бытовым, через повреждение на коже.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Укажите основные принципы лечения данного ребенка.
Э	-	Постельный режим (до снижения температуры) обильное питье, жидкая пища с ограничением белков, препараты пенициллинового ряда 5-7 дней антигистаминные препараты
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Когда этого ребенка можно отправить в детский сад?
Э	-	В детский сад необходимо после выздоровления дополнительная изоляция на дому в течение 12 дней.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	6	При отсутствия правильного ухода и режима, а так же патогенетического лечения у ребенка могут возникнуть осложнения, укажите какие.
Э	-	Осложнения аллергического характера, воспаление почек (нефрит), воспаления оболочек сустава (сеновит), воспаление сердечной мышцы (миокардит), а так же гнойные осложнения воспаления на коже, уха (отит), лимфоузлов.
P2	-	Ответ правильный:
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врача-педиатра участкового в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр. Известно, что ребенок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре. Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем. После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.
В	1	Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика, и какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
Э	-	В 6 мес ребенка в поликлинике согласно Приказа МЗ РФ №1346 от 21.12

		2012 осматривают: педиатр, невролог, детский хирург. По показаниям - другие специалисты. Выполняются общий анализ крови, общ. ан. мочи
P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью, не указано какие врачи осматривают ребенка.
P0	-	Ответ предоставлен неверно.
B	2	Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объеме?
Э	-	-третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка -третья вакцинация против полиомиелита - третья вакцинация против гепатита В
P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью, не указано сколько всего вакцинаций.
P0	-	Ответ предоставлен полностью неверно.
B	3	Укажите варианты должествующей массы тела мальчика в 6 месяцев.
Э	-	В 6 мес должествующие варианты массы тела:7100-8400 грамм
P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью.
P0	-	Ответ предоставлен неверно.
B	4	Определите объем суточного кормления, режим кормления и объем разового кормления ребёнка в 6 месяцев.
Э	-	Суточный объем кормления- 1/8 от массы тела. Число кормлений 5, объем разового кормления в 6 мес - 150 -160 мл
P2	-	Выбран верный объем и количество кормления.
P1	-	Выбран верный объем кормления, но не указано число кормлений.
P0	-	Ответ неверный: выбран неверный объем и количество кормлений.
B	5	Составьте меню на 1 день и обоснуйте назначение продуктов прикорма.
Э	-	6-00 - грудное молоко или детская смесь- 150 мл 10-00 - каша безмолочная -150 грамм ( источник углеводов, растительных белков, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон , железа, селена- профилактика железодефицитных состояний) 13-00-14-00-овощное пюре-150 грамм - растительное масло 2,5 мл (источник органических кислот, калия, железа ,пищевых волок) 18-00 -грудное молоко или молочная смесь-150 мл 22-00 - грудное молоко или молочная смесь-150 мл
P2	-	Меню составлено правильно.
P1	-	Меню составлено правильно, но не указано время кормлений.
P0	-	Меню составлено полностью не правильно.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на

		педиатрическом участке. Фактическая масса ребёнка 4000 г. Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см. Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.
В	1	Рассчитайте должную массу (Мд) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
Э	-	На момент осмотра должная масса ребенка должна составить: 3400 грамм при рождении + 600 грамм за 1-ый месяц жизни= 4000 грамм. Что и соответствует фактическому на момент осмотра. Рост должен составить 52 см+ 3см= 55 см. В возрасте 2-х месяцев у ребенка должны быть следующие показатели: - масса тела: 3400 + 600 (за 1-ый мес) + 700-800 грамм ( за 2-ой мес жизни)=4700-4800 грамм рост в 2 мес = 52 см+ 3 см (за 1-ый мес) + 3см (за 2-ой мес) =58 см
P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью, не правильно рассчитан вес.
P0	-	Ответ предоставлен неверно.
В	2	Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.
Э	-	Расчет суточного объема молока калорийным методом по формуле Маслова: $V = \frac{A \times B \times 1000}{C}$ где: А- возрастные потребности в ккал/кг В-фактическая масса тела ребенка (кг) С- калорийность 1 л женского молока (ккал) расчет: 120 ккал/кг X 4 кг X1000 /700 ккал=685 мл в сутки Этим методом пользуются до введения прикорма. Существует еще объемный метод расчета питания- необходимо взвесить ребенка и учесть необходимую часть от полученного показателя массы тела. У нашего ребенка суточный объем пищи составит 4000 грамм разделить на 1/5= 800 мл
P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью, не указано по какой формуле считать.
P0	-	Ответ предоставлен полностью неверно.
В	3	Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.
Э	-	Свободное вскармливание, или "вскармливание по требованию" режим питания ребенка 1-2 месяцев, когда мать прикладывает ребенка к груди столько раз и в такое время, как этого требует ребенок, включая ночные часы. Продолжительность кормлений определяет также ребенок. Как правило, к 1,5- 2 месячному возрасту устанавливается 7-кратное питание с интервалом 3 часа (6,9,12,15,18,21,24 часа). После этого ночной перерыв длится 6 часов. Примерно к концу второго- на третьем месяцах жизни ребенок начинает получать молоко через 3,5 часа, т.е 6 раз в сутки:6,9-30, 13,16-30,20, 23-30.Ночной перерыв -6,5 часов. С 4,5-5 месяцев, когда вводится прикорм и до конца 1 года жизни интервал между кормлениями увеличивается до 4-х часов и ребенок принимает пищу 5 раз в сутки: 6,10,14,18 и 22 часа. Ночной перерыв -8 часов.

P2	-	Ответ предоставлен верно.
P1	-	Ответ предоставлен не полностью.
P0	-	Ответ предоставлен неверно.
B	4	Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
Э	-	Согласно Национальной программы оптимизации вскармливания детей 1-го года жизни прикормы вводят в период 4-6 месяцев. Первым может быть зерновой прикорм (каша), особенно если ребенок плохо набирает в массу, как источник углеводов, растительных белков, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон, железа, селена. Начинают с безглютеновых круп (рис, гречка, кукуруза). Каши желателно начинать безмолочные. В дальнейшем могут использоваться глютен-содержащие каши (овсяная, пшеничная, ячневая и др.). Далее овощное пюре - источник органических кислот, калия, железа, пищевых волокон, включая пектины. Вначале вводят монокомпонентный овощной продукт (кабачок, брокколи, цветная капуста, кабачок). Добавлять к овощам растительное масло. Далее можно использовать комбинацию из 3-4 овощей. Мясо как источник полноценного животного белка вводим в 6,5 месяцев, отдавая предпочтение гипоаллергенным сортам - кролик, индейка, конина. Мясо содержит хорошо усвояемое гемовое железо, магний, цинк, витамины группы В. В возрасте 6 мес вводим фруктовые пюре. С 7 мес при отсутствии аллергических реакций - яичный желток, как источник животного белка и жира, минеральных веществ. Печень - с 7 мес, в 8 мес - хлеб пшеничный. С 9 мес - рыбный фарш, как полноценный источник белка и жира, содержащего большое количество полиненасыщенных жирных кислот. Его используют 1-2 раза в неделю вместо мясного фарша. Творог (до 50 грамм), кисломолочные продукты в объеме не более 200 мл в сутки - допускается после 8-8.5 месяцев.
P2	-	Выбрано верное время прикорма и продукты прикорма.
P1	-	Выбрано верное время прикорма, но не верно выбраны продукты прикорма.
P0	-	Ответ неверный: выбрано неверное время прикорма и продукты прикорма.
B	5	Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.
Э	-	Профилактика вторичной гипогалактии: Необходимо проводить еще до ее начала. Необходимо заранее устранить причины, которые могут привести к ее развитию: профилактика экстрагенитальной патологии еще до беременности, своевременное лечение заболеваний половой сферы, избавиться от вредных привычек (курение, алкоголь), провести профилактику осложнений беременности (гестоз, не вынашивание) и родов. Кормящей матери необходимо создать удовлетворительные материально-бытовые условия, предупредить возникновение стрессовых состояний и инфекционных заболеваний. Женщина должна соблюдать гигиенические правила ухода за молочными железами, получать полноценное сбалансированное питание. Однако первостепенное значение имеют:

		<p>- раннее первое прикладывание ребенка к груди матери - ритмичное и полное опорожнение молочных желез. При этом повышается секреция молочных желез и улучшается сосательный рефлекс у ребенка.</p> <p>- сцеживание молока в неонатальном периоде жизни ребенка, когда он высасывает небольшое количество его (сцеживание по 10-15 минут после каждого кормления до полного опорожнения молочных желез)</p> <p>Лечение вторичной гипогалактии:</p> <p>- обеспечить психологический покой матери</p> <p>- соблюдение правильного режима дня и питания матери с использованием специализированных молочных продуктов для кормящих женщин - оптимальный питьевой режим, перед кормлением выпивать чашку зеленого чая, чая с молоком; чаи экстрактами лактогенных трав (анис, фенкель, тмин, душица)</p> <p>- более частое прикладывание ребенка к груди</p> <p>- сохранение ночных кормлений</p> <p>- контрастный душ на область молочных желез</p> <p>- Массаж молочной железы 4 раза в день по 10 минут</p> <p>- Апилак - по 10 мг 3 раза в день под язык 10-15 дней</p> <p>- Метаболическая коррекция (никотиновая кислота, витамин Е, Гендевит или Ундевит).</p>
P2	-	Профилактика и лечение составлено правильно.
P1	-	Профилактика составлена правильно, но не указано лечение.
P0	-	Профилактика и лечение составлено полностью не правильно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом. При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный.</p>

		<p>По другим органам – без патологии. Общий анализ крови - эритроциты - <math>4,61 \times 10^{12}/л</math>, Нв - 125 г/л, Нt - 37,6, лейкоциты - <math>7,3 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч. Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр. ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект <math>0,6 \times 0,5</math> см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - <math>60 \times 20</math> мм (норма <math>53 \times 22</math> мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки, обострение, 2 стадия, ассоциированная с <i>H. pylori</i>, неосложненная. Хронический гастродуоденит, катаральный гастрит, гиперпластический бульбит, стадия обострения. Дуодено-гастральный рефлюкс Дисфункция желчного пузыря. Синдром биллиарго сладжа. Надсегментарная вегетативная дистония Обменная нефропатия (оксалурия)</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз язвенной болезни установлен на основании жалоб (ночные, и тощачковые боли, изжога, отрыжка), анамнеза (болеет более 5 мес, непродолжительный эффект от приема антацидных препаратов), данных объективного осмотра (боли в области пилорoduоденальной зоны, эпигастрия), данных инструментального обследования (ФЭГДС: на передней стенке луковицы 12-перстной кишки язвенный дефект <math>0,6-0,5</math> см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии; данные быстрого уреазного теста: НР +++), семейного анамнеза (у отца - язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки) Диагноз хр. гастродуоденит установлен на основании жалоб (боли в животе, локализующиеся в области эпигастрия и вокруг пупка, возникающие натощак и через 2 часа после приема пищи, отрыжку воздухом, изжогу), анамнеза (болеет в течение 5 месяцев), данных объективного осмотра (язык обложен налетом белого цвета, живот</p>

		<p>болезнен в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны , данных инструментального обследования( ФЭГДС: слизистая желудка гиперемирована, слизистая 12- перстной кишки гиперемирована,гипертрофирована)</p> <p>Диагноз дуодено-гастральный рефлюкс установлен на основании данных ФЭГДС (в просвете желудка умеренное количество мутной желчи)</p> <p>Диагноз дисфункция желчного пузыря установлен на основании семейного анамнеза( у дедушки по отцовской линии хронический холецистит), данных объективного осмотра (печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, закруглен, положительные симптомы Мерфи ,Ортнера, Кера), данных лабораторного обследования( повышено содержание ЩФ-460 ед), данных инструментального обследования(на УЗИ увеличены размеры желчного пузыря, имеется перегиб желчного пузыря в средней трети тела , содержимое неоднородное)</p> <p>Синдром билиарного сладжа - на основании выявленной на УЗИ желчного пузыря неоднородности желчи</p> <p>Диагноз надсегментарная вегетативная дистония установлен на основании данных анамнеза( имеет дополнительные нагрузки , кроме образовательной школы- иностранные языки, танцы, шахматы ), данных объективного осмотра ( выражена потливость ладоней и стоп, красный стойкий ,разлитой дермографизм, дыхательная аритмия ,ЧСС-62-80 в 1 мин, АД -95/60 мм рт.ст.)</p> <p>Диагноз обменная нефропатия (оксалурия) заподозрен на основании данным общ. ан. мочи (соли оксалаты)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>pH-метрия - для определения кислотности желудочного сока</p> <p>- содержание холестерина , железа , амилазы в сыворотке крови</p> <p>-копрограмма</p> <p>-оценка вегетативного статуса</p> <p>-ЭКГ</p> <p>- контроль АД</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полно
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?
Э	-	<p>1.Соблюдение режима дня, сна и отдыха</p> <p>2.Питание 5-6 разовое , щадящее( механически, термически, химически). В первую неделю придерживаться стола №1, далее- диета по столу №5.</p> <p>3.Медикаментозная терапия:</p> <p>1).Антихеликобактерная терапия первой линии: (все препараты назначаются 2 раза в день в течение 10 дней)</p> <p>- ингибиторы протонной помпы омепразол, эзомепразол- 1-2 мг/кг/сутки)- Амоксицилли (50мг/кг/сутки), Кларитромицин ( 20 мг/кг/сутки)</p> <p>2).Прокинетики (мотилиум) - по 0,25 мг/кг 3 раза в день за 15-20 мин. до еды- 10-14 дней</p>

		3). Для предотвращения нарушения кишечной микробиоты на фоне эрадикационной терапии возможно назначение пробиотиков ( линекс, нормобакт, ) на 10 дней в возрастной дозировке. 4).После окончания 10-дневного курса эрадикационного лечения по показаниям возможно назначение антисекреторных препаратов.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На приеме мальчик в возрасте 1 года. Ребенок от II беременности; II срочных родов, молодых здоровых родителей. Масса при рождении 3600; рост 55 см. Находится на естественном вскармливании. Нервно-психическое развитие: отзывается на имя, пьёт из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 обличённых слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно. До года привит по календарю. Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год. Зубов – 8, зубная формула правильная. В анализе крови: гемоглобин 106 г/л.
В	1	Оцените нервно-психическое развитие.
Э	-	Нервно-психическое развитие соответствует возрасту
P2	-	Оценено не верно.
P1	-	Оценено не полностью
P0	-	Оценено верно.
В	2	Составьте план вакцинации на 2-ом году жизни
Э	-	План вакцинации на 2-ом году жизни: -1год- проба Манту - 12 мес- вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита -15 мес- ревакцинация против пневмококковой инфекции - 18 мес- первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка первая ревакцинация против полиомиелита - 20 мес вторая ревакцинация против полиомиелита
P2	-	План составлен верно.
P1	-	План составлен не полностью:
P0	-	План составлен полностью неверно.
В	3	Оцените резистентность у данного ребёнка
Э	-	Резистентность хорошая
P2	-	Оценка верная.
P1	-	Оценка не точная
P0	-	Оценка не правильная.
В	4	Оцените уровень гемоглобина. Обоснуйте свой ответ. Назначьте при необходимости лечение (перечислите два препарата).
Э	-	Уровень гемглобина низкий (норма 120-130 г/л), соответствует легкой

		степени анемии (90-110 г/л). В лечении необходимо назначение препаратов трехвалентного железа из расчета 5 мг/кг/сутки ( мальтофер, феррум-лек)
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
B	5	Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ
Э		Группа здоровья - II. так как отсутствуют хронические заболевания , но ребенок дважды болел ОРВИ, имеющий анемию легкой степени тяжести
P2		Ответ правильный
P1		Ответ неполный
P0		Ответ не правильный
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад. Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 часов – 1 месяц – 6 месяцев; АКДС – 3 месяца – 4,5 месяца; полиомиелит – 3 месяца – 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит – 12 месяцев. Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает. Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37.4°C. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции. Повторный осмотр на 3 день болезни объективно: состояние средней тяжести, температура – 37,5°C, отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные плёнки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Пленка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул, диурез - без патологии. Общий анализ крови: эритроциты - 4,5x10 <sup>12</sup> /л, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - 310,0x10 <sup>9</sup> /л, лейкоциты - 16,6x10 <sup>9</sup> /л, палочкоядерные- 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1,018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь – нет
B	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Локализованная дифтерия ротоглотки планчатая форма, лёгкое течение
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена локализация.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «дифтерия» основан на данных анамнеза (нарушение вакцинации по дифтерии: отсутствует третье введение и ревакцинация в 18 месяцев, острое начало заболевания, постепенное развитие клиники с отрицательной динамикой: сначала катаральные изменения в зеве, на 3 день появление плёнок), данных осмотра (субфебрильная температура тела, вялая, бледная, зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные с трудом снимающиеся плёнки сероватого цвета. При попытке снять плёнку на миндалине появляется кровь симптом «кровоавой росы», региональный лимфаденит), лабораторных данных (лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ). Локализованная дифтерия выставлена на основании клинических данных: налёты в виде цельной плёнки не выходят за пределы миндалин.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: без учёта лабораторных данных
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести?
Э	-	Бактериоскопия мазков из зева, носа (выявление <i>Corynebacterium diptheriae</i> ); посев материала из зева, носа на токсигенные коринебактерии дифтерии; реакция латекс-агглютинации на дифтерийный токсин; По показаниям: определение уровня (титра) антитоксических антител методом РПГА в парных сыворотках (нарастание титра более чем в 4 раза через 14 дней) или ИФА.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение необходимо назначить?
Э	-	Госпитализация в боксовое отделение; введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) 15-20 тыс. МЕ по Безредко; антибиотики: макролиды (Рокситромицин – 5-8 мг/кг/сут., Азитромицин 10 мг/кг/сут.), или цефалоспорины (Цефалексин 25-50 мг/кг/сут.) 7 дней; местное лечение – полоскание зева.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован
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, не названы дозировки препаратов.
В	5	Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребёнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок).
Э	-	Госпитализация (изоляция больного); подача экстренного извещения в СЭС; заключительная дезинфекция. Для контактных (дети и карантин взрослые в саду, родители): на 7 дней с ежедневным медицинским однократное исследование наблюдением; слизи из зева и носа на токсигенные осмотр коринебактерии дифтерии; химиопрофилактика ЛОР-врача; (антибиотики макролиды или Бициллин); экстренная активная иммунизация в зависимости от вакцинального статуса: вакцинированным, получившим последнюю дозу Анатоксина более 5 лет назад, вводят 1 дозу АДС-М; не привитые: АДС-М двукратно с интервалом 45 дней.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик 4 месяцев. Заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2 °С, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилась затруднение дыхания, со слов матери, ребенок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длина тела 52 см, период новорожденности протекал без особенностей, выписан под наблюдение участкового педиатра на 3 сутки после рождения. В возрасте ребенка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит).</p> <p>Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел.</p> <p>Прививается по возрасту.</p> <p>Семья 5 человек, есть еще двое детей в возрасте 8-ми и 4-х лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита.</p> <p>При осмотре состояние ребенка тяжёлое за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO<sub>2</sub> 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный.</p> <p>Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа.</p> <p>Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5</p>

		см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	Острый бронхолит. Дыхательная недостаточность II степени. Диагноз поставлен на основании типичной клиники: субфебрильная температура тела, нарастание кашля, появление симптомов дыхательной недостаточности, экспираторной одышки, тахипноэ до 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация над всей поверхностью лёгких, сухие свистящие хрипы, вздутие грудной клетки, коробочный оттенок при перкуссии, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, SaO <sub>2</sub> 92%. Характерным для бронхолита является развитие дегидратации с метаболическим ацидозом, обусловленные повышенной потребностью в жидкости за счёт лихорадки и тахипноэ, снижения объёма потребляемой жидкости из-за отказа ребенка пить вследствие дыхательной недостаточности (ребёнок отказывается пить, снижен диурез).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена степень.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назовите факторы риска развития заболевания и тяжелого течения болезни у данного ребёнка.
Э	-	Факторы риска развития заболевания: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, большая семья ( $\geq 4$ человек), грудное вскармливание $\leq 2$ месяцев. Факторы риска развития тяжёлого течения бронхолита: мужской пол, курение матери во время беременности, пассивное курение, продолжающееся до настоящего времени.
P2	-	Факторы риска оценены верно
P1	-	Факторы риска оценены не в полном объёме
P0	-	Факторы риска не оценены или оценены неверно
В	3	Определите и обоснуйте тактику врача-педиатра участкового в данном случае.
Э	-	Ребёнку показана экстренная госпитализация в ОРИТ ввиду тяжести состояния и развития тяжёлой ДН II (уровень SaO <sub>2</sub> 92%)
P2	-	Тактика врача-педиатра оценена верно и в полном объёме
P1	-	Тактика врача-педиатра оценена не в полном объёме
P0	-	Тактика врача-педиатра оценена неверно
В	4	С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
Э	-	Обструктивный бронхит; бронхиальная астма; пневмония; врождённые пороки развития бронхолёгочной системы; аспирация инородного тела; аспирационная пневмония; врождённые пороки сердца с одышкой, правожелудочковой сердечной недостаточностью.
P2	-	дифференциальный диагноз проведён верно
P1	-	дифференциальный диагноз проведён не в полном объёме
P0	-	дифференциальный диагноз проведён неверно
В	5	Назовите основные направления терапии данного заболевания.
Э		Нормализация функции внешнего дыхания. При дыхательной недостаточности от II степени и выше проводится оксигенация и

		гидратация. Туалет носа с отсасыванием слизи. Кислород увлажненный рекомендуется при $SaO_2 \leq 92-94\%$ . Получение эффекта от ингаляционных бронхолитиков через 20 минут (рост $SaO_2$ , уменьшение частоты дыхательных движений на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии. Рекомендуется гипертонический (3%) раствор Натрия хлорида в виде ингаляций через небулайзер.
P2		основные направления терапии данного заболевания названы верно и в полном объёме
P1		основные направления терапии данного заболевания названы не в полном объёме
P0		основные направления терапии данного заболевания названы неверно
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъёма температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка оценено как среднетяжёлое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены. Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
Э	-	Диагноз «острый назофарингит, среднетяжёлая форма». Вакцинальный период вакцинации против гриппа. Острый назофарингит диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле, при этом исключают грипп и поражения другой локализации. В семье есть случай заболевания взрослого (отец) респираторной инфекцией. Данное заболевание не связано с вакцинацией против гриппа, имеет место вакцинация против гриппа на фоне инкубационного периода острого назофарингита.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена форма.
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
Э	-	Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Клиническими показаниями для госпитализации являются осложнения, которые у данного пациента отсутствуют.
P2	-	Обоснования для госпитализации определены верно.
P1	-	Обоснования для госпитализации определены неточно.
P0	-	Обоснования для госпитализации определены неверно
В	3	Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
Э	-	Пациенту не требуется дополнительное обследование, так как отсутствуют клинические признаки бактериальной инфекции, требующие проведения общего анализа периферической крови для определения показаний к назначению антибактериальной терапии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не в полном объеме.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно.
В	4	Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
Э	-	Лечение острого назофарингита средней степени тяжести включает режимные моменты, этиотропную и симптоматическую терапию. В квартире необходимо поддерживать температуру не более 21 °С, обеспечить достаточную влажность воздуха (увлажнители), что обеспечивает снижение сухости слизистых оболочек и предотвращение возможности достаточного образования и выведения мокроты. Мать с первого дня болезни применяет для лечения ребенка Виферон, в качестве этиотропной терапии данный препарат можно продолжить до 5 дней, так как противовирусные препараты уменьшают длительность лихорадки на 1-2 дня, что улучшает качество жизни больного. В качестве симптоматической терапии возможно назначение антипиретиков только при температуре тела выше 39 °С, так как у ребенка не отягощён преморбидный фон, в качестве антипиретика в этом случае допустимо назначение препаратов из группы парацетамола или ибупрофена. В момент осмотра врачом-педиатром необходимо ребенка раздеть и обтереть тканью, смоченной водой 25-30 °С. Элиминационная терапия - введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Деконгестанты - коротким курсом до 2-3 дней для обеспечения борьбы с заложенностью носа. Ингаляции физиологического раствора для перевода кашля из сухого во влажный.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
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, не названы дозировки препаратов.
В		
Э	5	При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?
P2	-	Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней

		или ухудшении состояния для исключения бактериального осложнения заболевания и решения вопроса о коррекции терапии или необходимости госпитализации
P1	-	условия повторного осмотра ребенка определены верно.
P0	-	условия повторного осмотра ребенка определены не в полном объеме
	-	условия повторного осмотра ребенка определены неверно.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На амбулаторном приеме мальчик 12 месяцев жизни, рожденный от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие: один выкидыш, один мед. аборт, одни -срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесенного гриппа на сроке 8 недель.</p> <p>Масса при рождении 3200 г, длина тела 51 см. К груди приложен в род. зале.</p> <p>Привит по календарю. Выписан из роддома на 5 сутки жизни.</p> <p>Социальный анамнез - семья полная, старшей сестре - 11 лет. Проживают в однокомнатной квартире. Отец ребенка курит. Материальная обеспеченность семьи -удовлетворительная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,6.</p> <p>При проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни диагностирован стеноз клапана аорты. Ребёнок находится на искусственном вскармливании</p> <p>До года перенёс 3 раза ОРВИ. Состоит на диспансерном учёте у кардиолога.</p> <p>На осмотре масса – 8,5 кг (3), длина 73 см (3), отмечается бледность кожных покровов. Область сердца не изменена. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой и в точке Боткина, который проводится за пределы сердца, ослабление II тона на аорте. ЧСС –120 в минуту.</p> <p>В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 33 в минуту. Печень пальпируется на 1 см ниже правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Сон -беспокойный. Аппетит снижен. Зубов 4 (2 нижних и 2 верхних).</p> <p>Психометрия:  Др - самостоятельно выполняет действия с игрушками (катает, возит, кормит);  До - стоит самостоятельно (без опоры), ходит с поддержкой;  Рп - понимает слово "нельзя", понимает название нескольких предметов, действий; выполняет отдельные поручения ("найди", "отдай");  Ра - произносит 5 облечённых слов;  Н - самостоятельно пьёт из чашки, ест жидкую пищу из бутылочки.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.
Э	-	1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (мальчик от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие беременности закончились: один выкидыш, один медаборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесенного гриппа на сроке 8 недель). 2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от

		3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощён, нервно-психическое развитие 1 группа 3 степень. 4 критерий умеренно отягощён, так как на первом году жизни перенёс 3 раза ОРВИ. 5 критерий отягощён, так как при проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни у ребенка диагностирован стеноз клапана аорты. 6 критерий отягощён, так как ребёнок состоит на диспансерном учёте у врача-кардиолога по поводу стеноза клапана аорты.
P2	-	критерии здоровья оценены верно и в полном объёме.
P1	-	критерии здоровья оценены не в полном объёме.
P0	-	критерии здоровья оценены неверно.
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	Диагноз «ВПС стеноз клапана аорты, НК0». Группа здоровья: III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена группа здоровья.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	3	Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
Э	-	Режим для данного возраста (от 12 до 1 года 6 месяцев) № 5 включает: раз через 3,5-4,5 часа по 20-30 минут, объём разового кормления составляет 200-230 мл бодрствование по 3,5-4,0 часа; сон ночной 10-11 часов, сон дневной 2 периода по 2-2,5 часа. Так как ребёнок с 1,5 месяцев находится на искусственном вскармливании в утреннее и вечернее кормление идёт адаптированная смесь 3 ступени (для детей старше 1 года). Введены 3 прикорма: первый прикорм в 10.00 в виде двух/трёхкомпонентных каш на воде 180 гр., 50 гр. фруктов кусочками, сливочное масло 5 гр. Второй прикорм в 14.00 - овощное рагу (кабачки, брокколи, картошка) 180 гр., отварное мясо 60 гр., желток целый, растительное масло. Третий прикорм в 18.00 - творог 70 гр., кисломолочная смесь 160 гр. Воспитательные воздействия – на 1 год 3 месяца жизни и заключается в стимулировании следующих линий нервно-психического развития: Ра – родитель должен контролировать использование в речи облечённых слов «ав- ав», «кис-кис» и пр.; Рп – должен выполнять задания по действию с предметами: покорми куклу, помой руки, умойся и пр.; Н – должен самостоятельно есть густую пищу, формирование навыков опрятности; И – должен уметь нанизывать на стержень кольца, строить из кирпичиков дом и прочее. Ср – уметь вкладывать в куб по форме мелкие детали. Гимнастический комплекс направлен на подготовку к ходьбе, воспитание связи движения со Сгибание словом. Упражнения включают: Наклоны и выпрямление и разгибание рук. Присаживание, держась за туловища. Доставание палочки прямыми пальцами кольца. Приподнимание туловища из положения лёжа на животе.
P2	-	рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям даны верно и в полном объёме.
P1	-	рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям даны не в полном объёме
P0	-	рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям даны неверно
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую

		профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
Э	-	Ппс – профилактика пограничных состояний – на возраст 1 год 3 месяца включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Vit D3 не назначается так как он есть в адаптированных смесях. Назначаем рекомендации по закаливанию в виде воздушных ванн перед купанием, обтирание махровым полотенцами с контрастной температурой (тёплой и прохладной) и прочее. ПП – в возрасте 12 месяцев в рамках национального календаря профилактических прививок участковым врачом-педиатром обязательно должна быть проведена туберкулинодиагностика, а через 72 часа возможно проведение первой вакцинации (V1) от кори, краснухи и эпидемического паротита с предварительным взятием информированного добровольного согласия. V1- ЖКВ+ V1 ЖПВ+ V1 ЖКрВ – разрешена, так как ребёнок здоров и медицинских противопоказаний нет. Дети, имеющие порок развития, находятся в группе риска по развитию простудных заболеваний, поэтому данному ребёнку обязательно проведение следующей вакцинации от пневмококковой, гемофильной инфекции и гриппа.
P2	-	Профилактика пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок определены верно и в полном объёме.
P1	-	Профилактика пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок определены не в полном объёме
P0	-	Профилактика пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок определены неверно
В		В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ № 1346н?
Э	5	Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 1 года 3 месяцев жизни. В возрасте 12 месяцев ребёнок должен получить консультации: врача-невролога, детского врача-хирурга, врача-офтальмолога, детского врача-стоматолога, детского врача- психиатра, врача-оториноларинголога и пройти следующие обследования: ЭКГ, ОАК,ОАМ, глюкоза в крови. Дополнительно по наличию основного заболевания ребёнок обязательно консультируется врачом-кардиологом и врачом-кардиохирургом для решения вопроса дальнейшего хирургического лечения. Из инструментального исследования дополнительно назначается УЗИ сердца с доплером и определением градиента на лёгочном стволе.
P2	-	обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ № 1346н определены верно и в полном объёме
P1	-	обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить
P0	-	ребёнок в рамках приказа МЗ РФ № 1346н определены не в полном объёме.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.</p> <p>Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.</p> <p>Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облеченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди-51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание -повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые.</p> <p>Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.</p> <p>Анализ крови: RBC– 4,6x10<sup>12</sup>/л, HGB – 118 г/л, MCV- 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8x10<sup>9</sup>/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON– 10%, EO– 4%, СОЭ – 8 мм/час.</p> <p>Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.</p> <p>Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.</p>
В	1	Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
Э	-	<p>Заключение: социальный анамнез низкой отягощенности, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощенности. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счёт избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, легкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту. Группа II А.</p>
P2	-	комплексная оценка состояния здоровья ребенка определены верно и в полном объёме

P1	-	комплексная оценка состояния здоровья ребенка определены не полном объеме
P0	-	комплексная оценка состояния здоровья ребенка определены неверно
B	2	Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
Э	-	Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приемом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов. Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии. Запись в форме 112 – диспансерный эпикриз с рекомендациями и планом наблюдения на год.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не учтена запись в форме 112
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
Э	-	Рекомендации: а) режим 5; б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребенка; в) регулярное закаливание ребенка; г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5), д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.
P2	-	Рекомендации участкового врача-педиатра участкового определены верно и в полном объеме.
P1	-	Рекомендации участкового врача-педиатра участкового определены не в полном объеме .
P0	-	Рекомендации участкового врача-педиатра участкового определены неверно.
B	4	Составьте план наблюдения этого ребенка.
Э	-	План наблюдения на год: а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов; б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока; в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет; г) профилактика ОРВИ.
P2	-	план наблюдения этого ребенка определен верно и в полном объеме.
P1	-	план наблюдения этого ребенка определен не полном объеме
P0	-	план наблюдения этого ребенка определен неверно
B	5	Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребенка в 1 год.
Э	-	Если в анамнезе нет указаний на аллергическую реакцию немедленного типа на белок куриного яйца и аминокгликозиды. Ребенок относится к группе риска на поствакцинальные осложнения, в период вакцинации - гипоаллергенная диета, профилактика ОРВИ, антигистаминные препараты, контроль реакции первые 30 минут. Реакция Манту в 1 г., через 72 часа вакцинировать от краснухи, кори, эпидемического паротита.
P2	-	Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого

		ребёнка в 1 год определена верно и в полном объёме.
P1	-	Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год определена не в полном объёме
P0	-	Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год определена неверно

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения ординаторами материала, предусмотренного ОПОП.

#### Оценивание обучающегося на государственной итоговой аттестации

Оценка	Требования к знаниям
5, <i>«отлично»</i>	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.
4, <i>«хорошо»</i>	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью преподавателя.
3, <i>«удовлетворительно»</i>	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно.

2, «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 6.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Количество экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1.	Неотложная педиатрия	Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев, К.В. Пшениснов	2017 Москва.	2	1
2.	Детские болезни	Шабалов Н. П.	2017, СПб	2	1
3.	Неотложная педиатрия	Б.М. Блохина	2017, Москва.	4	1
4.	Педиатрия. Национальное руководство. (краткое издание)	Н.Н. Володина	2015	4	1
5.	Педиатрия. Национальное руководство.	А. А Баранова	2014, Москва.	12	2
6.	Атлас редких болезней (2-е издание, исправленное и дополненное)	А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой	2016, Москва	3	1
7.	Неонатология. Практические рекомендации.	Рооз Р., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г.	2011, Москва	-	1
8.	Детская онкология. Национальное руководство	Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой	2012 М. : ГЭОТАР-Медиа.	10	-

9.	Клинические рекомендации по паллиативной помощи детям	под ред. Н.Н.Савва	2013 М.: Литасс	-	1
10.	Наследственные болезни. Национальное руководство	под ред. Н.П.Бочкова, Е.К.Гинтер, В.П.Пузырева	2013 М. : ГЭОТАР-Медиа.	20	1
11.	Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов	Е.В.Полевиченко, Э.В.Кумирова	2013 М.; Изд-во «Проспект»	-	1
12.	Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и её нормативно-правовое регулирование в паллиативной помощи	Савва Н.Н., Падалкин В.П., Кумирова Э.В., Николаева Н.М.	2014 М.: Р.Валент,	-	1

#### 6.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1.	Основы клинической диагностики в педиатрии	Р.Г. Артамонов	2015, Москва	2	1
2.	Педиатрия с детскими инфекциями	Н.Г. Соколова	2020, Москва	2	1
3.	Инфекционные болезни у детей. 2-е издание	Иванова В.В.	2009, Москва	10	1
4.	Интенсивная терапия в педиатрии	В.А.Гребенников, В.В. Лазарев	2008, ГЭОТАР-Медиа	8	1
5.	Хирургическая гастроэнтерология детского возраста	Подкаменев В.В	2012, МИА	8	1
6.	Атлас редких болезней	А.А Баранова	2013, Москва	8	1
7.	Педиатрия. Курс лекции	Л. М. Беляева	2011, медицинская литература	10	1
8.	Лечебное питание детей первого года жизни	А.А.Баранов, В.А.Тутельян	2010, Москва	2	1

9.	Профилактическая педиатрия	А.А.Баранов	2012, Москва	2	1
10.	Антивирусные препараты в практике педиатра	Ершов Ф. И.	2013, ГЭОТАР- Медиа	2	1
11.	Вскармливание детей первого года жизни: Справочник для врачей.	Вахлова И.В., Саникова Н.Е	Издательств во «Екатеринб ург», 2001.	-	1
12.	Рациональное вскармливание недоношенных. Методические указания. 3-е издание, дополненное и переработанное	Коллектив авторов- МИА	2012	-	1
13.	Сурфактант в неонатологии. Профилактика и лечение респираторного дистресс-синдрома новорожденных.	Р.Вауэр	Москва, 2011	-	1
14.	Перинатальные поражения нервной системы. Клиника. Диагностика. Лечение.	Т.М. Радаева, К.Г. Ганеев, С.А. Чекалова.	2009, НГМА	-	1
15.	Неонатология .Национальное руководство	Под ред. Н.Н. Володина.-	2007,  Москва. ГЭОТАР- Медиа	-	1
16.	Неонатология (в 2-х томах)	Шабалов Н.П	2006, Москва. Медпресс- издатформ	-	1
17.	Неврология недоношенных детей. 2-е издание.	Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишина А.Е.	2012, МЕДпресс- информ	-	1
18.	Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей	Макуэйя-Джонса К., Молинеукс Э., Филлипс Б.	2009, Москва	<b>6</b>	<b>1</b>
19.	Неотложная педиатрия. Алгоритм диагностики и лечения	Э. К. Цибульский	2012, ГЭОТАР- Медиа	<b>8</b>	<b>1</b>
20.	Паллиативная помощь детям в России.	Под редакцией к.м.н.,	М., 2015.	-	1

	Потребность, состояние, концепция развития	доцента Савва Н. Н.			
21.	Паллиативная помощь детям в конце жизни	Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н.	М., 2015.	-	1
22.	Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП	Сборник документов ВОЗ и ЕАПП	М.: Р.Валент, 2014	-	1
23.	Паллиативная помощь детям — комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям.	Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н.	М.: Р.Валент, 2014	-	1
24.	Оценка и ведение болевого синдрома у детей	Под ред. Ю. Беланович	М.: Р.Валент, 2014.	-	1
25.	Клиническая онкология: учеб. пособие для послевузовской подготовки врачей	под ред. П.Г.Брюсова, П.Н.Зубарева	2012 СПб.: Спецлит	5	-
26.	Неврология недоношенных детей. 2-е издание.	Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишина А.Е.	2012, МЕДпресс-информ	-	1

### **6.3 Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.**

1. Сайты Высших учебных медицинских учреждений (<http://www.rmapo.ru/>);
2. Электронные медицинские библиотеки (<http://www.studentlibrary.ru/>, [www.elibrary.rsl.ru/](http://www.elibrary.rsl.ru/)).
3. <http://www.klinrek.ru> (Клинические рекомендации профессиональных обществ России)
4. <http://www.formular.ru> (Формулярная система в России)
5. <http://www.nemb.ru> (Национальная электронная медицинская библиотека)
6. <http://www.kzid.ru> (медико-санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни)
7. <http://www.familymedicine.ru> [Ассоциация врачей общей практики]

(семейных врачей)]

- 8 <http://www.mnioi.ru/133> (Ассоциация онкологов России)
- 9 <http://www.rheumatolog.ru> (Ассоциация ревматологов России)
- 10 <http://www.cardiosite.ru> (Всероссийское научное общество кардиологов)
- 11 <http://www.nabi.ru> (Национальная ассоциация по борьбе с инсультом)
- 12 <http://www.intensive.ru> (Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи)
- 13 <http://www.raaci.ru> (Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов)
- 14 <http://www.gastro.ru> (Российская гастроэнтерологическая ассоциация)
- 15 <http://www.rodv.ru> (Российское общество дерматовенерологов)
- 16 <http://www.emergencyrus.ru> (Российское общество скорой медицинской помощи)
- 17 <http://www.uro.ru> (Российское общество урологов)
- 18 <http://www.pulmonology.ru> (Российское респираторное общество)
- 19 <http://www.pediatr-russia.ru> (Союз педиатров России)
- 20 <http://www.antibiotic.ru> (Межрегиональная ассоциация микробиологов и клинических иммунологов (МАКМАХ))
- 21 <http://www.asmok.ru> (Ассоциация медицинских обществ по качеству)
- 22 <http://www.rcpcf.ru> (Детский паллиатив)

## **7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Для обеспечения государственной итоговой аттестации кафедра располагает ноутбуками, компьютерами, проекторами.