



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра педиатрии ИПО

## **ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине

**Педиатрия**

Специальность ординатуры: 31.08.30 Генетика

Квалификация выпускника: врач-генетик

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол N 11 от  
29 июня 2022 г.).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.  
Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
2022

## Содержание

1. Критерии оценивания
2. Тесты
3. Практические навыки
4. Ситуационные задачи

## КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

### 1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

### 2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

<i>Показатель оценки результатов обучения</i>	<i>Уровень сформированности компетенции</i>	<i>Шкала оценивания</i>
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу	-/-	2 - "неудовлетворительно"

выполненных параметров - менее 70%		
------------------------------------	--	--

### 3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"

<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, ординатор не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

## Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<b>ПЕРВЫЙ ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С БЭН НАПРАВЛЕН НА</b> 1) профилактику и лечение гипотермии 2) лечение и профилактику гипогликемии 3) лечение и профилактику дегидратации 4) коррекцию электролитного дисбаланса 5) лечение и предупреждение инфекционных осложнений	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
2.	<b>В ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР ВХОДИТ</b> 1) мышечный тонус 2) цвет кожных покровов 3) характер дыхания 4) частота и ритм сердцебиений 5) все перечисленное	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
3.	<b>ЕЖЕДНЕВНЫЙ ТУАЛЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВТОРОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ</b> 1) ежедневные гигиенические ванны 2) туалет носа 3) умывание лица 4) обработка полости рта 5) обработка кожных складок	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
4.	<b>БУДУЩИМ РОДИТЕЛЯМ ДАЮТСЯ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ. ЧТО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НИЖЕ ПОЛОЖЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ</b> 1) комната малыша должна быть светлой, теплой, не содержать лишних вещей 2) влажная уборка проводится ежедневно 3) ребенок должен иметь собственную кровать 4) проветривание комнаты в присутствии ребенка 5) все перечисленное	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
5.	<b>У РЕБЕНКА ПРИ ПЛАЧЕ ПОЯВИЛОСЬ ПОДЕРГИВАНИЕ МЫШЦ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА</b>	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) встряхнуть ребенка, сбрызнуть холодной водой</li> <li>2) ввести противосудорожные препараты</li> <li>3) кислородотерапия</li> <li>4) вынести ребенка на свежий воздух</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>			
6.	<p>В ПРИВИВОЧНОМ КАБИНЕТЕ У РЕБЕНКА С СИМПТОМАМИ РАХИТА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИНЪЕКЦИИ ПОЯВИЛСЯ ЗАТРУДНЕННЫЙ ВДОХ, ДЫХАНИЕ ПРЕКРАТИЛОСЬ, РЕБЕНОК ПОСИНЕЛ, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО СЕКУНД ПОЯВИЛСЯ ШУМНЫЙ ВДОХ, НАПОМИНАЮЩИЙ «ПЕТУШИНЫЙ КРИК». О ЧЕМ МОЖНО ДУМАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) приступ эпилепсии</li> <li>2) бронхоспазм</li> <li>3) ларингоспазм</li> <li>4) аллергическая реакция</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
7.	<p>СРЕДНИЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА У ДЕВОЧКИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 3-3,5 см</li> <li>2) 2-2,5 см</li> <li>3) 1,5 см</li> <li>4) 1 см</li> <li>5) 0,5 см</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
8.	<p>ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ СИДЕТЬ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ, ДОТЯГИВАТЬСЯ ДО ИГРУШКИ, РАСПОЛАГАЮЩЕЙСЯ В ПРЕДЕЛАХ ЕЮ ДОСЯГАЕМОСТИ, ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ, НО НЕ ОБЛАДАЕТ КЛЕЩЕПОДОБНЫМ ЗАХВАТОМ ИГРУШКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2 мес</li> <li>2) 4 мес</li> <li>3) 6 мес</li> <li>4) 9 мес</li> <li>5) 1 мес</li> </ol>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
9.	<p>В 3-Х МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ НОРМАЛЬНО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК НЕ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) поворачивать голову на 90° в</li> </ol>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9

	<p>каждую сторону, следя за движущимся предметом</p> <p>2) в положении на животе поднимать голову на 45°</p> <p>3) улыбаться в ответ на улыбку взрослого</p> <p>4) сидеть самостоятельно</p> <p>5) гулить</p>			
10.	<p>КРИТЕРИИ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К НОВОЙ ПИЩЕ</p> <p>1) характер стула</p> <p>2) сохранение аппетита</p> <p>3) положительные эмоции</p> <p>4) чистота кожных покровов</p> <p>5) все перечисленное</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
11.	<p>ОТНЕСТИ РЕБЕНКА КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>1) низкая резистентность</p> <p>2) наличие хронических заболеваний</p> <p>3) нормальное физическое развитие</p> <p>4) нормальная характеристика функциональных систем организма</p> <p>5) все перечисленное</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
12.	<p>К КРИТЕРИЯМ ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) психофизическое состояние</p> <p>2) умение читать</p> <p>3) состояние здоровья</p> <p>4) биологический возраст</p> <p>5) все перечисленное верно</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
13.	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ:</p> <p>1) общий анализ крови</p> <p>2) общий анализ мочи</p> <p>3) 3 -кратное обследование на гельминтов и паразитов</p> <p>4) мазок из зева и носа на возбудителя</p> <p>5) реакция Грегерсеназх</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
14.	<p>ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО 1 ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО</p> <p>1) аллергия белками коровьего молока</p> <p>2) плохое усвоение железа</p> <p>3) способствует диапедезным кровотечениям в кишечнике</p> <p>4) затруднено усвоение микроэлементов (цинк, медь)</p> <p>5) все перечисленное</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5

15.	<p>ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) развитие аллергии у ребенка  2) стимуляция желудочной секреции  3) ограничение психо - эмоционального контакта матери и ребенка  4) замедление биологического созревания ребенка  5) все перечисленное</p>	4	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
16.	<p>ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ.</p> <p>1) 5 месяцев  2) 6 месяцев  3) 4 месяца  4) 3 месяца  5) 7 месяцев</p>	2	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
17.	<p>АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО:</p> <p>1) с недостатком сурфактанта  2) с незаконченной дифференцировкой дыхательного центра  3) со слабостью сокращения диафрагмы  4) с недостаточным развитием ацинуса  5) с недостаточным количеством альвеол</p>	2	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
18.	<p>РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА УТОМЛЯЕМОСТЬ, ЧАСТЫЙ КАШЕЛЬ БИТОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА. АУСКУЛЬТАТИВНО В ЛЕГКИХ ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ, ХРИПОВ НЕТ. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ, СКОРЕЕ ВСЕГО, ГОВОРЯТ ИМЕЮЩИЕСЯ СИМПТОМЫ?</p> <p>1) ОРВИ  2) ларингит  3) пневмония  4) бронхоаденит  5) бронхит</p>	4	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
19.	<p>КАКОЕ ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИН ДОЛЖНО БЫТЬ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 2 ЛЕТ В СПОКОЙНОМ СОСТОЯНИИ?</p> <p>1) 25 - 30  2) 40 - 50  3) 30 - 35</p>	1	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-5, ПК-9

	4) 20 - 18 5) 15 – 16			
20.	РЕБЕНОК В 1 ГОД: 1) ходит самостоятельно 2) имеет 8 зубов 3) с помощью взрослых играет в сюжетные игры 4) охотно открывает и закрывает коробки, двери 5) все ответы верны	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
21.	ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ, ОЦЕНИВАЮЩИЕСЯ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ: 1) Ма,Р. 2) Ма,Ах 3) Ма,Р,Ах. 4) Ма,Р,Ах,Мен. 5) Ма	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
22.	СРЕДНЯЯ МАССА НОВОРОЖДЕННОГО 1) 2500 г 2) 3000 г 3) 3500 г 4) 4000 г 5) 4500 г	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
23.	СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО: 1) 46 см 2) 48см 3) 50см 4) 54см 5) 56см	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
24.	ПЕРИОД ПЕРВОГО УСКОРЕНИЯ РОСТА: 1) 1 – 3 года 2) 3 – 4 года 3) 4 – 6 лет 4) 6 – 9 лет 5) 10 – 11 лет	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
25.	В КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВХОДЯТ: 1) антропометрия 2) половая и зубная формулы 3) физиометрические 4) гемодинамические показатели 5) все перечисленные	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
26.	КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ШКОЛЬНИКОВ, КРОМЕ:	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>1) пропорции тела  2) показатели массы и роста  3) количество постоянных зубов  4) умения и навыки  5) вторичные половые признаки</p>			
27.	<p>ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА  ВРАЧ ОБНАРУЖИЛ 8 РЕЗЦОВ И  ПЕРЕДНИЕ  ПРЕМОЛЯРЫ (4 ЗУБА). КАКОМУ  ВОЗРАСТУ НАИБОЛЕЕ  СООТВЕТСТВУЕТ ЭТА  ФОРМУЛА?  1) 8 – 9 мес  2) 9 – 10 мес  3) 12 – 13 мес  4) 14 – 16 мес  5) 16 – 18 мес</p>	4	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
28.	<p>У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 7 ЛЕТ  МОЖНО ПРОПАЛЬПИРОВАТЬ  ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:  1) тонзиллярные  2) надключичные  3) подключичные  4) кубитальные  5) торакальные</p>	1	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
29.	<p>СЕСТРА ОСМАТРИВАЕТ  ДОНОШЕННОГО  НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. ЧТО  ДОЛЖНО ПРИВЛЕЧЬ ЕЁ  ВНИМАНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ  ПАТОЛОГИИ?  1) масса мышц развита слабо  2) мышечный рельеф не определяется  3) гипертонус сгибателей рук  4) гипертонус сгибателей ног  5) запрокидывание головы</p>	5	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
30.	<p>ЗАПАДЕНИЕ БОЛЬШОГО  РОДНИЧКА МОЖЕТ  НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:  1) гидроцефалии  2) эксикозе  3) кровоизлиянии в мозг  4) микроцефалии  5) рахите</p>	2	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
31.	<p>НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛЫ СЕРДЦА  ВСЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ  МИОКАРДА И  ЭНДОКАРДА ПРИ НЕБОЛЬШОЙ  МАССЕ СЕРДЦА И НЕБОЛЬШИХ  ЕГО РАЗМЕРАХ  ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ  1) гипертрофической кардиомиопатии</p>	1	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	ПК-5, ПК-9

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) рестриктивной кардиомиопатии</li> <li>3) дилатационной кардиомиопатии</li> <li>4) стенозе аорты</li> <li>5) субаортальном стенозе</li> </ul>			
32.	<p>КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) &lt;90 уд/мин</li> <li>2) &lt;80 уд/мин</li> <li>3) &lt;100 уд/мин</li> <li>4) &lt;70 уд/мин</li> <li>5) &lt;50 уд/мин</li> </ul>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
33.	<p>ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины</li> <li>2) снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ</li> <li>3) усиление сердечных тонов</li> <li>4) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево, глухие сердечные тоны</li> <li>5) тахипноэ</li> </ul>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
34.	<p>ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бактериурия</li> <li>2) гематурия</li> <li>3) цилиндрурия</li> <li>4) протеинурия</li> <li>5) азотемия</li> </ul>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
35.	<p>УКАЖИТЕ ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узловатая эритема</li> <li>2) ринит</li> <li>3) бронхиальная астма</li> <li>4) ГЭРБ</li> <li>5) отит</li> </ul>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
36.	<p>В КАЧЕСТВЕ СПАЗМОЛИТИКА У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) альфа-нормикс</li> <li>2) бускопан</li> <li>3) эншур</li> <li>4) эрмиталь</li> <li>5) дюфалак</li> </ul>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
37.	<p>ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p>	3	<p>ВК ТК</p>	ПК-5, ПК-9

	<p>МЕТОДЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенологический</li> <li>2) ультразвуковой</li> <li>3) эндоскопический</li> <li>4) микробиологический</li> <li>5) ИФА</li> </ol>		ГИА	
38.	<p>НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ФКУ, врожденный гипотиреоз, ВДКН, муковисцидоз, синдром Пьера-Робена</li> <li>2) ФКУ, врожденный гипотиреоз, синдром Дауна, муковисцидоз, галактоземию</li> <li>3) ФКУ, врожденный гипотиреоз, ВПС, муковисцидоз, галактоземию</li> <li>4) ФКУ, врожденный гипотиреоз, ВДКН, муковисцидоз, галактоземию</li> <li>5) ФКУ, врожденный гипотиреоз, гемофилию, муковисцидоз, галактоземию</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
39.	<p>НЕДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ РЕБЕНОК, РОДИВШИЙСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с массой менее 2 500 г</li> <li>2) с ОНМТ</li> <li>3) с признаками недоношенности</li> <li>4) до окончания 37 недель беременности</li> <li>5) ранее 38 недели беременности</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
40.	<p>ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАРУШАЕТСЯ ТРАСПОРТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) брома и натрия</li> <li>2) хлора и натрия</li> <li>3) железа и натрия</li> <li>4) калия и натрия</li> <li>5) кальция и калия</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
41.	<p>ЧАСТОТА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1: раз в 6 месяцев</li> <li>2) раз в 3 месяца</li> <li>3) раз в 4 месяца</li> <li>4) раз в год</li> <li>5) ежемесячно</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
42.	<p>ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аутосомно-рецессивный</li> <li>2) аутосомно-доминантный</li> <li>3) X-сцепленный рецессивный</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	4) голандрический 5) неизвестный			
43.	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ 1) гормоны, специфическая гипосенсибилизация 2) специфическая гипосенсибилизация, бронхолитики, антибиотики 3) гормоны, специфическая гипосенсибилизация, бронхолитик 4) гормоны, специфическая гипосенсибилизация, антибиотики, антигистаминные 5) бронхолитики, антибиотики	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
44.	К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ У ДЕТЕЙ, С ПОСТОЯННОЙ ЗАЛОЖЕННОСТЬЮ НОСА ОТНОСЯТСЯ 1) аллергический ринит, синусит, аденоиды 2) аллергический ринит, синусит, аденоиды, инородное тело 3) синусит, аденоиды, инородное тело 4) аллергический ринит, синусит, инородное тело 5) инородное тело, хронический тонзиллит	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
45.	В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧАТЬ 1) спирометрию, кожно-аллергические пробы, определение общего иммуноглобулина Е 2) определение АЛТ, АСТ, билирубина 3) энцефалограмму, мониторинг АД 4) определение серомукоида, титра АСГ,АСЛО 5) рентгенографию грудной клетки в 2 проекциях	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
46.	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА 1) гиперсекрецией слизи, закупоркой просвета бронхов инородным телом 2) гиперсекрецией слизи, инфильтративным изменением легочной ткани 3) отеком стенки бронхов, разрастанием аденоидной ткани	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	4) бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов 5) спазмом гортани, бактериальным процессом на миндалинах			
47.	. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ ПНЕВМОНИИ УСИЛЕНО 1) в стадии серого печеня 2) в стадии прилива 3) в стадии разрешения 4) в стадии красного печеня 5) во всех стадиях	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
48.	ЛЕЧЕНИЕ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ 1) изотонического раствора натрия хлорида 2) инсулина 3) глюкозы 4) глюкокортикостероидов 5) гидрокарбоната натрия	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
49.	ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКЕМИИ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК ДЛЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕ- РАНТНОГО ТЕСТА 1) 11,1 ммоль/ 2) менее 5,5 ммоль/л 3) 5,6-6,0 ммоль/л 4) 8,7 ммоль/л 5) 6,8-7,5 ммоль/л	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
50.	ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО 1) поражение легких 2) кардиопатия 3) нейропатия 4) синдром Рейно 5) поражение почек	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

## Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Уметь собрать анамнез жизни и заболевания, оценить факторы риска возникновения патологии	ТК, ГИА	ПК-1
2.	Уметь провести клинический осмотр ребёнка, сформулировать предварительный диагноз	ТК, ГИА	ПК-6
3.	Уметь оценить физическое (в т.ч. половое), психомоторное и речевое развитие ребёнка	ТК, ГИА	ПК-1
4.	Уметь своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи	ТК, ГИА	ПК-5
5.	Уметь назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов	ТК, ГИА	ПК-5
6.	Уметь решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов	ТК, ГИА	ПК-6
7.	Уметь поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний	ТК, ГИА	ПК-5
8.	Уметь вести медицинскую документацию	ТК, ГИА	ПК-1
9.	Уметь подтверждать и исключать наследственную и врождённую патологию	ТК, ГИА	ПК-7
10.	Владеть навыками выявления факторов риска развития наследственных болезней у детей, организации проведения мер профилактики	ТК, ГИА	ПК-1
11.	Владеть навыками физикального осмотра детей и подростков	ТК, ГИА	ПК-1
12.	Владеть навыками оценки физического и нервно-психического развития ребёнка в различные возрастные периоды	ТК, ГИА	ПК-1
13.	Владеть навыками оценки результатов лабораторных, инструментальных и других специальных (в т.ч. функциональных) методов исследования здорового и больного ребёнка	ТК, ГИА	ПК-1
14.	Владеть навыками оценки полученных лабораторных и инструментальных данных	ТК, ГИА	ПК-5
15.	Владеть навыками оценки и интерпретации данных генетических исследований методикой выбора и взятия биологического материала для исследований	ТК, ГИА	ПК-6
16.	Владеть клинико-генеалогическим методом	ТК, ГИА	ПК-7
17.	Владеть методикой расчёта генетического риска	ТК, ГИА	ПК-7
18.	Уметь осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью дальнейшего обследования пациентов	ТК, ГИА	ПК-6
19.	Владеть методикой синдромологического подхода к диагностике наследственных	ТК, ГИА	ПК-9

	болезней		
20.	Уметь внедрять современные методы диагностики и профилактики наследственных болезней	ТК, ГИА	ПК-9
21.	Уметь оценить результаты лабораторных методов диагностики	ТК, ГИА	ПК-9
22.	Владеть методикой проведения генетического анализа	ТК, ГИА	ПК-9
23.	Владеть навыками формулировки показаний для направления пациентов на цитогенетическое, молекулярно-генетическое и биохимическое исследование	ТК, ГИА	ПК-9

### Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Девочка 7 лет жалуется на тугоподвижность правого коленного сустава, периодически субфебрильную температуру тела, снижение зрения. В анамнезе: больна около 2 лет, была незначительная тупая травма правого коленного сустава, лечилась у хирурга – травматолога. После осмотра окулиста направлена на консультацию ревматолога и госпитализирована. Объективно: самочувствие страдает мало, правый коленный сустав имеет форму шара, кожа над ним растянута, блестящая, симптом баллотирования надколенника. Другие суставы не изменены. Пальпируются шейные группы лимфоузлов и паховые мягкоэлатические, безболезненные, 0,7-0,8 см в диаметре. Других изменений не выявляется. Окулист обнаружил рыхлые преципитаты в стекловидном теле.</p> <p>1) Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2) Назначьте обследование.</p> <p>3) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4) Что из дополнительных методов обследования необходимо назначить?</p> <p>5) У каких специалистов на учете должен состоять ребенок?</p>	<p>Ответ 1: Предварительный диагноз: ЮРА, моноартрит правого коленного сустава, с поражением глаз, медленно прогрессирующее течение, ФК -I .</p> <p>Ответ 2: План обследования: • Анализ крови развернутый. • Кровь на протеинограмму, серомукоид, пробу Вельтмана, тимоловую, АСТ, АЛТ. • Кровь на РФ, иммуноглобулины, ЦИК. • Рентгенография коленных суставов. • ЭКГ. • Консультация окулиста (глазные среды). • Общий анализ мочи. • УЗИ печени, селезенки.</p> <p>Ответ 3: Ревматоидный артрит, туберкулез костей, гемартроз</p> <p>Ответ 4: Диагностическая пункция правого коленного сустава</p> <p>Ответ 5: Ревматолог, кардиолог, окулист</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
002	<p>Оля М. 7 мес, массой 8500 г – ребенок от первых родов, протекавших без патологии. Вскармливание осуществлялось цельным коровьим молоком с 2 мес. В питании преобладают каши. Овощи девочка ест плохо. Самостоятельно не сидит. При</p>	<p>Ответ 1: Диагноз: Рахит II, период разгара, подострое течение</p> <p>Ответ 2: Лечение: • Сбалансированное и адаптированное питание (адаптированные</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>осмотре наблюдаются выраженные лобные и теменные бугры, борозда Гarrisона; пальпируются реберные «четки». Мышечный тонус снижен. Печень на 2,5 см выступает изпод реберной дуги. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз</li> <li>2) Назначьте лечение</li> <li>3) Назначьте профилактические мероприятия</li> <li>4) Каковы критерии эффективности лечения данного заболевания</li> <li>5) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику</li> </ol>	<p>молочные смеси, достаточное количество овощей, постепенное введение мясного прикорма, творога, яичного желтка).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Витамин Д (Аква Детрим) - 10 кап (5000 МЕ) в день в течение 30-45 дней, • Кальций Д3 Никомед Форте (в 1 таб - 500 мг кальция + 200 МЕ вит Д) – ½ таб.</li> </ul> <p>в день в течение 3 недель,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Левокарнитин (Элькара раствор) – 3 кап 1 раз в день (для стимуляции метаболических процессов), •Кальция глицерофосфат – 50 мг х 3 раза в день в течение 3-4 недель,</li> <li>•Цитратная смесь – 1 ч.л. 3 раза в день в течение 10-12 дней,</li> <li>•Правильный режим дня (пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов).</li> <li>• Соленые ванны (на 10 л воды 2 ст.л. морской или поваренной соли, первая процедура – 3 мин, последующие – 5 мин. Курс 8-10 ванн).;</li> </ul> <p>Ответ 3: Профилактика: витамин Д (Аквадетрим) – 500-1000 МЕ (1-2 кап) 1 раз в день в течение 2 лет, кроме летних месяцев; гигиенические ванны и обтирания, обливания, массаж, физкультура.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Ответ 4: Критерии эффективности лечения: улучшение эмоционального и мышечного тонуса, исчезновение симптомов остеомалации , нормализация показателей нервнопсихического и статико-моторного развития , нормализация уровня кальция и фосфора, активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови</p> <p>Ответ 5: Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: врожденной ломкостью костей, или несовершенным остеогенезом, хондродистрофией, гипотиреозом, наследственными рахитоподобными заболеваниями (болезнь де-Тони-Дебре-Фанкони, почечный канальцевый ацидоз, витамин-Д-резистентный рахит, витамин-Д-зависимый Рахит).;</p>		
003	<p>: Аня П., 6 лет, на приеме у гастроэнтеролога жалуется на эпизодические боли в околопупочной области ноющего характера длительностью 20-30 минут, не зависящие от приема и характера съеденной пищи, купирующиеся самостоятельно. Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще «овечий»; в течение последних 2 месяцев – после очистительной клизмы. Умеренно выражен астенический синдром, аппетит понижен. Жалобы отмечаются в течение 1,5 лет. Осмотр: Кожные покровы и видимые слизистые</p>	<p>Ответ 1: Функциональный запор. Трещина слизистой прямой кишки. Билиарный сладж.</p> <p>Ответ 2: Признаки билиарного сладжа по УЗИ органов брюшной полости, трещина слизистой прямой кишки.</p> <p>Ответ 3: Коррекция питания и питьевого режима. В течение первых 3 суток – микролак вечером (этап очищения кишки).</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

<p>оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 уд/мин; АД=100/65 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Печень выступает на 1 см из подреберной дуги, селезенка не увеличена, сигма умеренно спазмирована. Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще «овечий», с длительным натуживанием. Периодически возникает болезненность при дефекации. За последние 2 недели трижды отмечалась примесь алой крови в стуле. При осмотре анальной области определяется эпителизирующаяся трещина наружного анального сфинктера. Пальцевое исследование безболезненно, патологических признаков не выявлено. УЗИ органов брюшной полости – деформация желчного пузыря (перегиб в области тела, частично устраняющийся в положении стоя), гиперэхогенные включения по стенкам желчного пузыря, скопление мутной желчи в области дна, увеличение косоугольного размера печени. Ректороманоскопия – при наружном осмотре обнаружена эпителизирующаяся трещина в области наружного анального сфинктера (на 3 ч по циферблату). При пальцевом исследовании изменений нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.</li> <li>2) Оцените результаты обследования.</li> <li>3) Назначьте лечение.</li> <li>4) Какие осложнения возможны у ребенка в случае отсутствия</li> </ol>	<p>Полиэтиленгликоль 8 г в сутки (индивидуальный подбор дозы), длительно. Ректальные свечи «Утрапрокт» 2 раза в день – 7 дней. Препараты УДХК 15-20 мг/кг в сутки в один прием вечером, курс 3 месяца.</p> <p>Ответ 4: Формирование ЖКБ.</p> <p>Ответ 5: Контроль УЗИ органов брюшной полости через 3 месяца, наблюдение</p>		
---	--	--	--

	адекватной терапии. 5) Составьте план диспансерного наблюдения			
004	<p>Ребенок 8 лет в течение 3 месяцев отмечает слабость, недомогание, кратковременные повышения температуры до 38С, на фоне постоянного субфебрилитета. Выражено похудание дистальных отделов конечностей. На коже стойкие цианотичные пятна в виде ветвей дерева, подкожные узелки с просяное зерно пальпируются по ходу сосудов ли вено. Отмечает боль в мышцах и суставах. Периодически у ребенка появляется приступообразная боль в животе диспептические явления.при пальпации определяется болезненность по ходу кишечника без признаков раздражения брюшины. Умеренное (+ 2 см.) увеличение печени и селезенки. У ребенка определяется повышенное АД 130/80 мм.рт.ст. Мочепускание не нарушено. В анализе мочи белок 0,18 мг/л, эритроциты до 10 -12 в п/зр., лейкоциты 5 – 8 в п/зр. В анализе крови умеренная нормохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 50 мм/час. В сыворотке крови гипергаммапротеинемия. Серомукоид 1,0.</p> <p>1) Ваш предварительный диагноз. 2) Наиболее достоверный метод диагностики? 3) Принципы терапии узелкового полиартериита? 4) Назовите возможные осложнения заболевания.</p>	<p>Ответ 1: Узелковый полиартериит, подострое начало. Абдоминальный синдром. Почечный синдром.</p> <p>Ответ 2: Биопсия кожи, п/к клетчатки и мышц. Аневризмы мелких и средних артерий. Деструктивный пролиферативный васкулит мелких и средних артерий мышечного типа, выявленный при биопсии.</p> <p>Ответ 3: Основным (базисным) препаратом при лечении УП являются ГК преднизолон или метипред. Максимальная суточная доза преднизолона составляет 1-2 мг/кг. Больным с выраженными тромбангиитическим, неврологическим, абдоминальным синдромами показан плазмаферез синхронно с пульс-терапией метипредом либо циклофосфамидом. С целью улучшения кровообращения применяют антикоагулянты, препараты, нормализующие микроциркуляцию. Для уменьшения тканевой ишемии применяют антиагреганты, сосудистые препараты - теоникол, трентал, курантил и др.</p> <p>Ответ 4: Перитонит, кровоизлияния в мозг или</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

		его отек с синдромом вклинения, реже - хроническая почечная недостаточность		
005	<p>В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет. Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное. Общий анализ крови: Нб – 135 г/л, эритроциты – <math>4,1 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты – <math>8,5 \times 10^9/л</math>; нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 50%;</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации с кетоацидозом. Диабетическая кетоацидотическая кома.</p> <p>Ответ 2: Диагноз поставлен на основании - данных анамнеза - после перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Данных объективного осмотра - в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное. Данных лабораторных показателей</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>эозинофилы – 1%, лимфоциты – 35%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, 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. КОС: рН – 7,1; рО<sub>2</sub> – 92 мм рт. ст.; рСО<sub>2</sub> – 33,9 мм рт. ст.</p> <p>1) Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p>2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4) Обоснуйте необходимую терапию данному больному.</p> <p>5) Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?</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. КОС: рН – 7,1; рО<sub>2</sub> – 92 мм рт. ст.; рСО<sub>2</sub> – 33,9 мм рт. ст. Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++.</p> <p>Ответ 3: План дополнительного обследования: - оценка уровня HbA1c - используется для подтверждения диагноза СД и оценки степени компенсации углеводного обмена у больных СД, получающих лечение. Нормальный уровень HbA1c составляет 4—6%, HbA1— 5—7,8%. - аутоантитела к антигенам бета'клеток(ICA, GADA, IAA, IA2) — иммунологические маркеры аутоиммунного инсулита. - С-пептид— маркер остаточной секреции инсулина.</p> <p>Ответ 4: Необходимая терапия для данного больного - регидратация - проводят 0,9% раствором NaCl для восстановления периферического кровообращения, начинать введение жидкости следует до начала инсулинотерапии. Введение инсулина начинают спустя 1—2 ч после начала регидратации. Используются малые</p>		
--	--	--	--	--

		<p>дозы в/в вводимого инсулина короткого действия. Начальная доза — 0,1 ЕД/кг/ч. Заместительная терапия необходима вне зависимости от концентрации калия в сыворотке.</p> <p>Заместительная терапия калием основывается на данных его определения в сыворотке и продолжается в течение всего периода в/в введения жидкостей. Содержание глюкозы в капиллярной крови определяется каждый час. Каждые 2—4 ч проводится определение в венозной крови уровня глюкозы, электролитов, мочевины, газового состава крови.</p> <p>Ответ 5: После выведения из кетоацидотического состояния ребенок будет нуждаться в гормональной терапии. Будет применяться базисно-болюсный режим (интенсифицированный режим, или режим множественных инъекций) — использование аналогов инсулина ультракороткого/короткого действия перед основными приемами пищи и инсулинов средней продолжительности действия/беспиковых аналогов 1—2 раза в сутки.</p>		
006	<p>Мальчик 8 лет, госпитализирован с жалобами на кишечное кровотечение (переведен из хирургического отделения). Анамнез заболевания: на</p>	<p>Ответ 1: Болезнь Крона. Постгеморрагическая анемия, легкой степени. БЭН 2 степени.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-9</p>

<p>протяжении последних 4х лет отмечается примесь крови в стуле в виде прожилок крови на фоне оформленного стула. В течение последних 2х лет в анализах крови отмечается умеренная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, периодически ускорение СОЭ. Наблюдался суставной синдром (крупные суставы) с увеличением СРБ и АСЛО. Примерно 2 месяца назад появился многократный водянистый стул с большим количеством крови, отмечалась слабость, быстрая утомляемость, периодические боли в суставах и похудание. При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие плохое, выраженная слабость, симптомы интоксикации. Рост 131 см, вес 27 кг. Живот участвует в акте дыхания, вздут. При пальпации мягкий, доступен глубокой пальпации, отмечается болезненность по ходу сигмы, которая пальпируется плотным тяжом, мало подвижна, спазмирована. В эпигастральной области умеренная защита. Данные обследования: Анализ крови: Hb 95 г/л, эр. <math>3,5 \times 10^{12}/л</math>, тромб. <math>450 \times 10^9/л</math>, лейкоц. <math>17 \times 10^9/л</math>, миелоциты 1%, п/я 9%, с/я 50%, лимф. 31%, мон. 10%, СОЭ 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: железо 2,7 мкмоль/л, ферритин 11,5 мкг/л. Коагулограмма: фибриноген 4,75 г/л. Анализ крови на антигенную активность: АНФ отр. (N отр.); ЦИК – 80 Ед (N до 130); рANCA 1/20 (N отр.); АМА 1/20 (N отр.); ASMA отр. (N отр.). Альфа-амилаза мочи: 26.11.08 – 599 Ед/л; 2.12.08 – 330 Ед/л (N 0-447). Анализ кала: реакция на скрытую кровь – положительная. Яйца глистов, остриц и простейшие не обнаружены.</p>	<p>Ответ 2: Язвенный колит. ЮРА.</p> <p>Ответ 3: Результаты лабораторных методов обследования, колоноскопии, морфологического обследования</p> <p>Ответ 4: Диета. Препараты 5-АСК (месалазин) + Азатиоприн + Преднизолон (по схеме).</p> <p>Ответ 5: Соблюдение диеты (безмолочной), прием препаратов базисной терапии.</p>		
---	---	--	--

	<p>Фиброколоноскопия: фиброскоп введен свободно. Осмотрена слизистая толстой кишки на всем протяжении, пройти в подвздошную кишки не удалось, баугиниева заслонка сомкнута. Слизистая толстой кишки на всем протяжении с диффузной пятнисто-точечной гиперемией, обмазана слизью, участками петехий, выраженная кровоточивость на месте взятия биоптатов. Выраженный катаральный колит. Данные биопсии: во всех фрагментах явления острого (обострение) неспецифического воспаления.</p> <p>1) Поставьте и обоснуйте основной диагноз.</p> <p>2) Дифференциальная диагностика.</p> <p>3) Перечислите признаки острого воспалительного процесса у данного больного.</p> <p>4) Перечислите направления патогенетической терапии: основные схемы лечения, группы используемых препаратов, дозировки, длительность курсов лечения.</p> <p>5) Назовите алгоритм профилактических мероприятий.</p>			
007	<p>Максим 16 лет обращается в отделение гастроэнтерологии с жалобами на заторможенность, замедленность речи, пошатывание при ходьбе, дрожание в ногах, агрессивность. Из анамнеза: единственный ребенок в семье, ото 1 беременности, протекавшей с токсокозом и угрозой прерывания. Роды преждевременные на 31 неделе (масса 2200 г, длина 45 см), с рождения на искусственном вскармливании. Рос и развивался по возрасту. В 8 лет перенес безжелтушную форму гепатита. Лабораторно подтверждения гепатита нет. С этого момента ребенка стали беспокоить</p>	<p>Ответ 1: Болезнь Вильсона, смешанная форма.</p> <p>Ответ 2: Формы болезни Вильсона (классификация J. Walsh, 1983): бессимптомная форма; печеночная форма; церебральная форма; смешанная форма.</p> <p>Ответ 3: Диагностика болезни Вильсона базируется на комбинации клинических симптомов, данных лабораторного обследования и молекулярно-генетического тестирования и включает</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

<p>тяжесть и боли в правом подреберье. В 13 лет проведено лечение описторхоза и лямблиоза. Кровнородственных браков в родословной не зарегистрировано. При клинико-генеалогическом анализе установлено, что у родного дяди пациента по линии отца логоневроз с 6 лет и с 20 лет тремор рук. В 16 лет появились жалобы: стал рассеянным, заторможенным, появилось легкое покачивание при ходьбе. Стал плохо учиться, потерял интерес к обучению, перестал читать, резко ухудшилась память. Усилилась заторможенность и пошатывание при ходьбе. Появились головокружения и повышение артериального давления до 160/90 мм.рт.ст. При поступлении в стационар: состояние тяжелое. Телосложение нормостеническое, рост 192 см, вес 79,4 кг. Рот открыт, выражено слюноотделение. На вопросы отвечает медленно и односложно, отмечается дизартрия. Неврологический статус: объем активных движений глазных яблок несколько ограничен вверх, конвергенция ослаблена с двух сторон, слегка сглажена носогубная складка справа. Имеют место грубые рефлексоральные автоматизмы: хоботковый, ладонно-подбородочный, назолабиальный. Походка атактическая, в позе Ромберга покачивается. Отмечается дурашливость поведения, насильственные эмоции – смех, мышление замедлено. Общий анализ крови: Нб 118 г/л, эр. <math>4,3 \times 10^{12}/л</math>, тр. <math>43 \times 10^9/л</math>, лейкоц. <math>2,5 \times 10^9/л</math>, гранулоциты 58%, лимфоциты 37%, моноциты 5%,</p>	<p>в себя следующие параметры: Снижение уровня церулоплазмينا в сыворотке крови (менее 20 мг/дл); Повышение суточной экскреции меди с мочой; базальной (более 50 мкг/сут); в пробе с Д-пенициллином (<math>500 \text{ мг} \times 2 \text{ раза /сут}</math>) – более 1600 мкг/сут. Повышение количественного содержания меди в ткани печени более 250 мкг/г (или положительная гистохимическая окраска на медь печеночной ткани);Наличие колец Кайзера-Флейшера (медная катаракта по типу «подсолнух») при офтальмологическом осмотре; Наличие специфической нейропсихиатрической симптоматики (или изменения на МРТ); Гомозиготное/компаундгетерозиготное носительство мутаций гена АТР7В.</p> <p>Ответ 4: Ограничиваются продукты с высоким содержанием меди (печень, креветки, орехи, шоколад, грибы). Как минимум, в течение первого года лечения, используется свободная от меди вода, при необходимости устанавливаются очистительные фильтры для контроля уровня содержания меди в водопроводной воде, т.к. при ее доставке могут использоваться медные трубы. Запрещается использовать медную посуду для приготовления</p>		
---	--	--	--

<p>СОЭ 2 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 63 г/л, глюкоза 5,5% моль/л, общий билирубин 26,3 мкмоль/л, прямой билирубин 10,9 мкмоль/л, АЛТ 46 МЕ, АСТ 34 МЕ, ЩФ 160 МЕ, ЛДГ 249 МЕ, амилаза 87 МЕ, холестерин 2,8 ммоль/л, триглицериды 0,12 ммоль/л, креатинин 90 мкмоль/л, мочевины 3 ммоль/л, кальций 2,39 ммоль/л, фосфор 1,33 ммоль/л, железо 16,3 ммоль/л. Биохимический анализ крови на содержание меди и церулоплазмину: медь 8,61 мкмоль/л (норма 11,0-22,0 мкмоль/л), церулоплазмин 138 мг/л (норма 180-450 мг/л). Биохимический анализ мочи на определение суточной экскреции меди: медь 7,79 мкмоль/сут (норма 0,24-0,47 мкмоль/сут). Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез – 780 мл, ночной диурез – 600 мл, общий диурез – 1380 мл, удельный вес 1010-1020, белок, сахар – отрицательно. УЗИ печени выявило выраженные диффузные изменения паренхимы печени по типу портального цирроза, спленомегалию. МРТ головного мозга обнаружены характерные для гепатолентикулярной дегенерации признаки симметричного поражения подкорковых ядер, моста и ножек среднего мозга (по типу спонгиозной дегенерации); нарушение наружной и внутренней ликвородинамики по открытому типу. Консультация окулиста: патологии хрусталика и роговицы не выявлено, при осмотре глазного дна – сосуды сетчатки узкие, венозного полнокровия нет, кольца Кайзера-Флейшера не обнаружены. Психиатр: деменция легкой степени. Молекулярно-генетическое</p>	<p>пищи. Необходимо избегать приема витаминных и минеральных препаратов, содержащих медь. Диетические рекомендации приводят к замедлению прогрессирования заболевания, однако не могут использоваться как единственная линия терапии.</p> <p>Ответ 5: Д-пеницилламин (Код АТХ: M01CC01) является препаратом выбора при лечении болезни Вильсона. Назначается за 1 час или через 2 часа после приема пищи, т.к. еда снижает кишечную абсорбцию препарата. Начальные дозы при терапии составляют 250-500 мг/сут с постепенным (каждые 4-7 дней) увеличением дозы на 250 мг до лечебной дозировки 1000-1500 мг/сут, которая дается в 2-4 приема. Для детей терапевтическая дозировка Д-пеницилламина составляет 20 мг/кг/сут. Коррекция дозы препарата производится по мере снижения уровня экскреции меди с мочой. Цинк подавляет всасывание меди в кишечнике и применяется как альтернативное лечение при болезни Вильсона. Препараты цинка (сульфат, окись, ацетат цинка, код АТХ: A12CB) индуцируют металлотонины энтероцитов, обладающих высоким сродством к</p>		
--	--	--	--

	<p>исследование: проведено исследование образца ДНК на наличие частых мутаций в 14 и 15 экзонах гена АТР7В. В экзоне 14 обнаружена частая мутация (С3207А), вторая не идентифицирована.</p> <p>1) Сформируйте клинический диагноз.</p> <p>2) Назовите клинические формы данного заболевания</p> <p>3) Назовите основные диагностические маркеры (признаки) данного заболевания</p> <p>4) Принципы диеты при данном заболевании?</p> <p>5) Принципы лечения данного заболевания</p>	<p>меди, что приводит к захвату меди из пищи металлотионинами, связыванию в эпителии кишечника, и препятствию абсорбции металла в системный кровоток с выделением избытка меди с калом. Препараты цинка менее токсичны, чем хелаторы. За рубежом для лечения болезни Вильсона используются Триентин (триэтилен тетрамин) и Тетрамолибдат аммония, однако на Российском фармакологическом рынке данные препараты не зарегистрированы</p>		
008	<p>Мальчик, 8 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, недомогание, снижение аппетита, редкие мочеиспускания, небольшую отечность лица, изменение цвета мочи (мутная). Со слов мамы мальчик побледнел за последний месяц, появилось ночное недержание мочи. В последнюю неделю отмечается повышение температуры тела до 38 гр. При объективном обследовании отмечается одутловатость лица, бледность кожных покровов, пониженное питание, приглушенность сердечных тонов, АД снижено 75/40 мм рт ст, болезненность верхних и нижних мочеточниковых точек. Положительный симптом Пастернацкого, больше слева. При обследовании: в анализе крови Нб 100 г/л, лейкоциты 11 тыс/мкл, сдвиг формулы влево. СОЭ 19 мм/час. В анализах мочи белка нет, лейкоциты в большом количестве, клетки почечного эпителия единичные в препарате. Бак. посев мочи: микробное число 3 млн микробных тел в 1</p>	<p>Ответ 1: Диагноз: Хронический вторичный пиелонефрит, активная стадия. Врожденный гидронефроз слева?</p> <p>Ответ 2: Внутривенная урография. Микционная цистограмма. УЗИ почек с доплерографией почечных сосудов. Динамическая нефросцинтиграфия. Функции почек: проба по Зимницкому, мочевины, креатинин крови, СКФ.</p> <p>Ответ 3: Лечение: режим полупостельный, стол № 5, обильное питье, антибактериальная терапия (препараты выбора амоксициллин/клавуланат или ЦС III поколения) на 10-14 дней.</p> <p>Ответ 4: Консультация уролога и решение вопроса о сроках оперативного лечения гидронефроза.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>мл мочи, посев дал рост кишечной палочки. На УЗИ органов мочевой системы выявлено расширение ЧЛС слева: лоханка до 30 мм, все группы чашечек до 10 мм.</p> <p>1) Ваш диагноз?  2) Нужны ли дополнительные методы обследования?  3) Назначьте лечение.  4) Дальнейшая терапевтическая тактика.  5) Перечислите известные Вам причины врожденного гидронефроза</p>	<p>Ответ 5: Сужение ПУС, дополнительная почечная артерия, эмбриональная спайка, камень мочеточника.</p>		
009	<p>Больная Я., 4 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка. При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастеральной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя -II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС — 160 ударов в мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД — 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Дополнительные данные исследования к задаче по</p>	<p>Ответ 1: Врожденный порок сердца синего типа – полная транспозиция магистральных сосудов. НК II Б степени.</p> <p>Ответ 2: Трофические изменения тканей в результате хронической гипоксии.</p> <p>Ответ 3: Вторичные изменения в мозге (в результате перенесенной гипоксии) – нейроциркуляторная дисфункция, психопатические синдромы, гемипарезы и параличи. Дистрофические изменения в миокарде, лёгких, печени и почках. Задержка физического развития.</p> <p>Ответ 4: Нуждаются в назначении сердечных гликозидов.</p> <p>Ответ 5:  Кардиотоническое действие, т. е. увеличивается работа миокарда без увеличения потребления кислорода.  Точки приложения: Na, K-АТФ-аза мембраны</p>	<p>ТК  ГИА</p>	<p>ПК-5,  ПК-9</p>

	<p>педиатрии Общий анализ крови: НЬ — 148 г/л, Эр — <math>4,9 \times 10^{12}</math>/л, Ц.п. — 0,9, Лейк — <math>6,3 \times 10^9</math>/л, п/я — 4%, с — 21%, э — 1%, л — 70%, м — 4%, СОЭ — 3 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1014, белок — отсутствует, глюкоза — отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, слизь — немного. Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 143 ммоль/л, кальций — 1,8 ммоль/л, фосфор — 1,5 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма-до 0,200).</p> <p>1) Сформулируйте предварительный диагноз.  2) Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?  3) Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков сердца синего типа?  4) Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?  5) Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке?</p>	<p>кардиомиоцитов вместе с Na/Ca – обменником; ионный кальциевый канал; саркоплазматический ретикулум. Таким образом, снижается активность Na, К-зависимой АТФ-азы, в миокардиоците: <math>Na^+</math>, <math>Ca^{2+}</math>, <math>K^+</math>, актомиозина.</p>		
010	<p>: У мальчика 4 лет при поступлении жалобы на слабость, перебои и замирание сердца. Физическое развитие соответствует возрасту. В течение 8 мес. Наблюдения по месту жительства было проведено ЭКГ-исследование, выявлены приступы наджелудочковой тахикардии до 190 в мин. и брадикардии до 48 уд/мин., отмечалось глухость тонов сердца. Получал лечение по поводу неревматического кардита –</p>	<p>Ответ 1: дилатационная кардиомиопатия. СССУ, 3 тип. СН IIБ.</p> <p>Ответ 2: Лечение: Капотен 1 мг/кг/сут</p> <p>Ответ 3: Решение вопроса об имплантации ЭКС, кардиовертера-дефибриллятора.</p> <p>Ответ 4: Неблагоприятный</p> <p>Ответ 5: Эхокардиография</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>противовоспалительную терапию нестероидными средствами и преднизолон 1 мг/кг в течение 10 дней с постепенной отменой, метаболическую терапию. В связи с отсутствием положительной динамики и неясности диагноза направлен в КДБ. При ультразвуковом исследовании сердца выявлено значительное расширение полости левого желудочка, левого предсердия, относительная недостаточность митрального клапана, снижение фракции выброса до 46%.</p> <p>1) С учетом этих данных, проведите коррекцию в диагнозе.  2) Назначьте лечение.  3) Дальнейшая лечебная тактика?  4) Прогноз заболевания?  5) Наиболее информативный метод диагностики данного заболевания?</p>	<p>(Эхо-КГ): является наиболее информативным методом диагностики.</p>		
011	<p>Ребенок самостоятельно ходит, говорит отдельные слова (более 20 слов), понимает обращенную к нему речь, выполняет простые задания.</p> <p>1) Определите возраст ребенка  2) Назовите особенности неврологического статуса новорожденного ребенка  3) При исследовании двигательной сферы определяют?  4) Синдром гипервозбудимости характеризуется?  5) Мышечная гипертония характеризуется?</p>	<p>Ответ 1:  Ориентировочный возраст ребенка 1 год 6 месяцев</p> <p>Ответ 2: Громкий крик, длительный сон, полусогнутое положение рук и ног (эмбриональная поза), наличие атетозоподобных движений, гипертония в группе сгибателей, наличие врожденных безусловных рефлексов новорожденных.</p> <p>Ответ 3: При исследовании двигательной сферы определяют – положение тела, координацию движений (как при осмотре, так и при проведении координаторных проб – пальценосовой, пяточноколенной).  Оценивают умение ребенка держать голову.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

		<p>Сидеть, ходить, выполнять мелкую ручную работу, играть в подвижные игры.</p> <p>Ответ 4: Синдром гипервозбудимости характеризуется двигательным беспокойством, эмоциональной лабильностью, нарушением сна, усилением врожденных рефлексов, снижением порога судорожной готовности. Он нередко сочетается с повышенным мышечным тонусом, быстрой нервно-психической истощаемостью.</p> <p>Ответ 5: Мышечная гипертония характеризуется увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением двигательной активности.</p>		
012	<p>Девочке 11 лет. ЧД 34 в 1 мин, ЧСС 92 в 1 мин. Носовое дыхание несколько затруднено, выделений из носа нет, крылья носа напряжены, вибрируют при дыхании. Легкий цианоз носогубного треугольника, усилившийся к концу осмотра. Голос чистый. Форма грудной клетки плоская симметричная, тип нормостенический. Тип дыхания грудной. Голосовое дрожание несколько усилено справа, ниже угла лопатки. Резистентность грудной клетки удовлетворительная. При сравнительной перкуссии определено притупление перкуторного звука сзади справа ниже угла лопатки, на остальных поверхностях – ясный легочный звук. Границы легких</p>	<p>Ответ 1: Поражение органов дыхания (легкого)</p> <p>Ответ 2: Синдром инфильтрации (характерен для пневмонии)</p> <p>Ответ 3: Тахикардия и тахипноэ, участие в дыхании крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, усилившийся после нагрузки, соотношение пульса к дыханию 2,7.</p> <p>Ответ 4: Легкие, как и взрослого, имеют сегментарное строение, но ацинусы развиты недостаточно, богаты соединительной тканью,</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>соответствуют нормативным показателям. Экскурсия нижнего правого края - 3 см., левого – 4 см. Аускультативно над местом притупления выслушивается ослабленное дыхание и крепитация, на остальных участках дыхание жесткое, Бронхофония несколько усилена справа ниже угла лопатки.</p> <p>1) О поражении какой системы идет речь?  2) Для какого синдрома характерны клинические проявления?  3) Назовите признаки дыхательной недостаточности  4) Назовите АФО легких у детей и возможные клинические последствия  5) Объясните суть крепитации и на, какие заболевания она может указывать</p>	<p>имеют обильное кровоснабжение, эластическая ткань развита слабо. Легкие маленького ребенка менее воздушны и более полнокровны, чем у взрослого. Недостаток сурфактанта с малым содержанием в нем лецитина (незрелые легкие). Клинические последствия – легкость развития обструкции и ателектазов. Недостаток сурфактанта – одна из причин нерасправления легких у недоношенных детей.</p> <p>Ответ 5: Крепитация образуется при разлипании альвеол. Локально определяемая крепитация свидетельствуют о пневмонии</p>		
013	<p>Ребенку 2 года, растет и развивается хорошо.</p> <p>1) Представьте основные антропометрические показатели ребенка в данном возрасте (длина тела, масса)  2) Какое количество пищи необходимо ребенку  3) Составьте рацион питания на 1 день  4) Распределение суточной калорийности рациона  5) Соотношение основных ингредиентов питания</p>	<p>Ответ 1: Длина ребенка примерно 84 см, масса 14-14,5 кг</p> <p>Ответ 2: Количество пищи – 1300 – 1500 г в сутки</p> <p>Ответ 3: Завтрак: каша (или овощное блюдо) 200 г творожное блюдо (творог, не острый сыр) 60 мл напиток (чай, молоко) 150 мл обед: салат из овощей 40 г щи свежие на мясном бульоне 100 г котлета с гарниром (овощной, крупяной) 80/050 кисель 150 г полдник: кефир 200 г булочка 60 г свежие фрукты соки 150 ужин: творожно-рисовая запеканка 200 г молоко, кефир, ряженка 150 хлеб на весь день 100г., фрукты в течение дня</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

		<p>Ответ 4: Распределение калорийности суточного рациона у детей старше 1,5 лет: на завтрак – 20-25%, обед – 35-40%, полдник – 5-10%, ужин – 20-25% от суточной потребности детей в энергии. Таким образом, за первую половину дня, когда у ребенка наибольшая умственная и двигательная активность, с пищей ребенок должен получать 60-70%, а на вторую половину дня остается 30-40% энергетической суточной потребности.</p> <p>Ответ 5: Соотношение основных ингредиентов питания. По Российским рекомендациям для детей старше 1 года требуется количественное соотношение основных ингредиентов (белки : жиры : углеводы) как 1:1:4, то для ребенка дошкольного возраста эта формула, по данным зарубежных авторов, меняется на 1:1:5, что связано с более интенсивными обменными процессами, главным образом, в мозговой ткани, которая питается почти исключительно углеводами. Дети должны получать больше углеводистой пищи. По рекомендациям ВОЗ до 2-3 лет соотношение в рационе питания основных пищевых веществ – белков, жиров, углеводов составляет 1:1:5, старше 3-х лет - 1:1:4.</p>		
--	--	---	--	--

014	<p>: Ребенок 14 лет. Поступил в клинику с жалобами на головную боль, плохой аппетит, слабость, сонливость. При осмотре состояние тяжелое, бледен, кожа бледно-желтая, отмечается пастозность голеней, отеки век. Дыхание глубокое и шумное. Границы относительной сердечной тупости: левая на 2 см левее среднеключичной линии, правая на 1 см правее правого края грудины. Тоны сердца приглушены, у верхушки систолический шум. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Запах мочевины изо рта. Из анамнеза известно, что ребенок болен с 6 лет. После перенесенной ангины у мальчика появились отеки, красная моча. Лечился в больнице. В дальнейшем диету и режим соблюдал плохо. За последние 2 года состояние ухудшилось. Накануне поступления были судороги с потерей сознания. ОАК: Нб 41 г/л, Эр.2,5 x 10<sup>12</sup>/л, Л 12,0 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 38 мм/час, п/я 2%,с/я 58%, л 30%, м 8%, э 2%.; Б/х ан. крови: об. белок 61 г/л, альб. 49%, глобулины 51%. остат.азот 48 ммоль/л, калий 14 ммоль/л., кальций 7,2 ммоль/л, натрий 168 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 16 мл/мин. Глазное дно: застойные соски зрительных нервов, вены расширены, артерии сужены. ОАМ: уд вес 1005, белок 99 мг/л, лейкоц. 3-4 в п/зр., эритроц.10-15 п/зр. цилиндр. гиал. 1-3 в п/зр.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) О чем можно думать?</li> <li>2) Какие обследования ещё необходимо провести?</li> <li>3) В чем заключается консервативное лечение?</li> <li>4) Подлежит ли ребенок определению инвалидности?</li> <li>5) Подлежит ли ребенок определению инвалидности?</li> </ol>	<p>Ответ 1: Хроническая почечная недостаточность (уремия).</p> <p>Ответ 2: Уровень мочевины крови, креатинин крови, КОС, исследование мочи по Зимницкому</p> <p>Ответ 3: Диетотерапия, коррекция водного баланса, коррекция электролитных нарушений, лечение остеодистрофии, коррекция КОС, лечение артериальной гипертензии, анемии, нарушений гемостаза.</p> <p>Ответ 4: Да, дети, имеющие хроническую почечную недостаточность подлежат инвалидности до 18 лет (перевод во взрослую сеть), с учета не снимаются</p> <p>Ответ 5: Группа здоровья IV.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
015	: Госпитализирован мальчик 12	Ответ 1: Да, все дети	ТК	ПК-5,

	<p>лет. В анамнезе – частые ОРВИ, отит. В 9 лет после ангины впервые выявлены изменения в моче: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как дисметаболическую нефропатию. В дальнейшем появились вялость, головные боли. К врачу не обращались. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ в связи с резким ухудшением состояния: резкая слабость, головокружение, головная боль, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, пастозность лица и голеней, АД 150/110 мм рт.ст, олигурия, макрогематурия. В анализах мочи выявлена протеинурия 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения. В стационаре выставлен диагноз - Хронический гломерулонефрит смешанная форма. Острая почечная недостаточность</p> <p>1) Нуждается ли ребенок в Д наблюдении после выписки из стационара?</p> <p>2) Каковы причины ухудшения состояния?</p> <p>3) Как часто проводится осмотр ребенка?</p> <p>4) Как часто необходимо проводить лабораторные обследования.</p> <p>5) Что является противопоказанием для направления больного с ХГН на санаторнокурортное лечение?</p>	<p>имеющие острый или хронический гломерулонефрит подлежат Д наблюдению.</p> <p>Ответ 2: Причиной ухудшения состояния больного может быть развитие острой почечной недостаточности (ОПН острой фазы).</p> <p>Ответ 3: Частота осмотров: педиатр 1 раз в 2 недели в течение 3 мес, далее 1 раз в месяц в течение 1 года наблюдения, затем 1 раз в 3 мес в течение 3 лет, далее 2 раза в год. Нефролог осматривает ребенка 1 раз в месяц в течение 3 мес, затем 1 раз в 3 мес в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 6 мес в течение 3 лет, далее 1 раз в год. Стоматолог, офтальмолог и ЛОР-врач осматривают ребенка 2 раза в год, другие специалисты по показаниям.</p> <p>Ответ 4: Методы обследования: анализы мочи общие, анализы мочи по Нечипоренко (Каковскому-Аддису), измерение АД перед каждым посещением педиатра. Анализы мочи по Зимницкому 1 раз в 3 мес. Биохимический анализ крови 1 раз в 6 мес (мочевина, креатинин, холестерин, протеинограмма). УЗИ почек, ЭКГ – 2 раза в год. Анализы крови общие, кал на яйца глистов 2 раза в год, другие исследования по показаниям.</p>	ГИА	ПК-9
--	---	---	-----	------

		<p>Ответ 5: Противопоказанием является активный воспалительный процесс, степень нарушения функции почек II, III. Санаторно-курортное лечение в другой климатической зоне разрешается не ранее 12 мес после обострения. Возможно направление больных на санаторное лечение при наличии остаточного мочевого синдрома</p>		
016	<p>У ребенка 10 лет периодически во время еды возникает боль покалывающего характера в области околоушной слюнной железы справа. Родители и прежде замечали небольшую припухлость в области правой околоушной железы справа, которая самостоятельно исчезала, температура не повышалась. Однако в настоящее время припухлость достигла 9 см. в диаметре, появилась высокая температура, усилились боли в области уха справа особенно при жевании. При осмотре кожа над правой околоушной железой гиперемирована, горячая на ощупь. Слева околоушная железа не пальпируется. Другие железистые органы и нервная система без патологии. При осмотре ротоглотки видно, что из устья выводного протока правой околоушной железы выделяется гнойный экссудат</p> <p>1) Укажите предполагаемый диагноз. 2) Назначьте дополнительное обследование для подтверждения диагноза и перечислите ожидаемые результаты. 3) Где и как вы будете лечить больного?</p>	<p>Ответ 1: Диагноз: Бактериальный гнойный паротит слева. Сопутствующий диагноз: Слюнно-каменная болезнь.</p> <p>Ответ 2: Обследование: анализ периферической крови (гнойно-воспалительные изменения), анализ мочи с определением активности диастазы (норма), ИФА (IgM, IgG) к паротитному антигену (не обнаружатся IgM), сиалограмма (выявит камни в протоках слюнных желез).</p> <p>Ответ 3: Лечение: Ребенок нуждается на сегодня в антибактериальной и симптоматической терапии.</p> <p>Ответ 4: Прогноз: если сохраняются проявления слюнно-каменной болезни, то паротит может рецидивировать.</p> <p>Ответ 5: Дифференцировать: гнойный паротит; первично-хронический</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5</p>

	<p>4) Каков прогноз заболевания?  5) С какими заболеваниями будете дифференцировать?</p>	<p>паротит; подчелюстной лимфаденит; опухоли слюнных желез; слюннокаменная болезнь.</p>		
017	<p>Мальчик 3-х лет поступил в стационар с жалобами на вялость, слабость, частый влажный кашель. Ребенок от первой беременности первых срочных родов. Беременность и роды – без особенностей. Масса при рождении 3500 г. К груди приложен в родильном зале. С рождения при плаче ребенок синел, закатывался, отмечались кратковременные апноэ. Из родильного дома на 4 сутки переведен в стационар, где в течение 2-х недель получал лечение по поводу травмы шейного отдела с миотоническим синдромом. До года находился на диспансерном учете у невропатолога. На грудном вскармливании – до года. Прикормы введены соответственно возрасту. До 6 месяцев рос и развивался соответственно возрасту. После 6 месяцев стал часто болеть ОРЗ: 2 раза – острый ринофарингит, 3 раза – острый бронхит, из них 2 раза – обструктивный (по поводу чего лечился в стационаре). На втором году жизни дважды болел пневмонией с высевом синегнойной палочки и золотистого стафилококка. После года стал отставать в массе. Появилась склонность к запорам. У бабушки по линии матери умерло 3-е детей в раннем возрасте. Объективно: состояние ближе к тяжелому за счет дыхательной недостаточности. Кожа бледная, повышенной влажности. Увеличены заднешейные лимфоузлы. Грудная клетка – килевидная. В легких – крепитирующие хрипы по всем полям. ЧДД 52 в 1 мин.</p>	<p>Ответ 1: Муковисцидоз, альфа-1-антитрипсиновая недостаточность, синдром ВильямсаКембелла, туберкулез</p> <p>Ответ 2: Клинический анализ крови, биохимическое исследование крови (СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, АлАТ, АсАТ, сахар крови, протеинограмма, амилаза, билирубин), газовый состав крови, потовая проба, микроскопическое и бактериоскопическое исследование мокроты, копрограмма, исследование эластазы кала, липидограмма стула, рентгенография грудной клетки в 2 проекциях, УЗИ внутренних органов (печень, поджелудочная железа)</p> <p>Ответ 3: Пульмолога, гастроэнтеролога, генетика, фтизиатра;</p> <p>Ответ 4: Повышение уровня хлоридов пота при потовой пробе</p> <p>Ответ 5: Для оценки физического статуса используют формулу расчета массо-ростового индекса (МРИ) = фактическая масса тела (кг) x 100 / должноствующая масса (кг), соответствующая возрасту и полу. МРИ &gt; 90-95 % - показатели в пределах нормы, МРИ = 90-85 % - требуется</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6, ПК-7</p>

	<p>Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 120 в мин. Систолический шум на верхушке. Печень + 3 см. Мочеиспускание – без особенностей. Стул – 4-5 раз в день, кашецеобразный, зловонный, жирный.</p> <p>1) Предположите возможные диагнозы</p> <p>2) Какие обследования необходимо провести?</p> <p>3) В консультации каких специалистов нуждается ребенок?</p> <p>4) Какой диагностический показатель будет указывать на наличие муковисцидоза?</p> <p>5) Каким образом Вы оцените физическое развитие у ребенка?</p>	<p>назначение дополнительного питания, МРИ &lt; 85 % - рекомендуется зондовое питание</p>		
018	<p>Ребенку 5 лет, родители жалуются на появление чихания, обильных выделений из носа и покраснение глаз при контакте с кошкой. Накануне при посещении цирка у ребенка наряду с симптомами риноконъюнктивита появился навязчивый, приступообразный кашель. При осмотре – состояние средней тяжести, кожа сухая, дыхание носом затруднено, глаза красные, слезятся. Грудная клетка вздута, перкуторно звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание ослаблено, на форсированном выдохе выслушиваются немногочисленные сухие хрипы, чд 24 в минуту.</p> <p>1) Сформулируйте диагноз</p> <p>2) С чем связано развитие дыхательного дискомфорта у ребенка?</p> <p>3) Что составляет основу патогенеза заболевания?</p> <p>4) Назначьте неотложную помощь</p> <p>5) Составьте план профилактических мероприятий</p>	<p>Ответ 1: Бронхиальная астма, атопическая, начало болезни, приступный период, ДНО. Аллергический риноконъюнктивит, интермиттирующий, обострение. Эпидермальная сенсibilизация.</p> <p>Ответ 2: С развитием бронхиальной астмы у ребенка.</p> <p>Ответ 3: Хроническое аллергическое воспаление респираторного тракта с появлением симптомов дыхательного дискомфорта: кашля, одышки, удушья</p> <p>Ответ 4: Ингаляции β2-агонистов короткого действия (сальбутамол, фенотерол), неседативные антигистаминные препараты (лоратадин, цетиризин, левоцетеризин, дезлоратадин), при отсутствии эффекта – топические</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

		<p>кортикостероиды</p> <p>Ответ 5: Необходимо провести исследование функции внешнего дыхания – мониторинг пиковой скорости выдоха для определения показаний к базисной терапии, в период ремиссии провести кожные пробы с аэроаллергенами и определить показания к АСИТ</p>		
019	<p>Мальчик 12 лет, в течение нескольких лет беспокоит постоянное нарушение носового дыхания(заложенность носа), периодически отмечаются головные боли, кашель, усиливающийся в положении лежа. В летнее время отмечает улучшение состояния. В квартире плесневый грибок. Семейный анамнез – у бабушки бронхиальная астма. При осмотре – состояние средней тяжести, бледен, пониженного питания, вокруг глаз темные круги, явления хейлита. По задней стенке глотки – слизистогнойный затек, отмечается болезненность при перкуссии в области гайморовых пазух. При аускультации дыхание ослаблено, хрипов нет, чд 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 68 в минуту. Рентгенография околоносовых пазух – тотальное затемнение обеих гайморовых пазух, выражен отек слизистой носа.</p> <p>1) Сформулируйте диагноз  2) Какой патогенез развития данного состояния?  3) Какие дополнительные обследования необходимо провести?  4) Назначьте лечение  5) Какие заболевания могут</p>	<p>Ответ 1: Аллергический риносинусит, персистирующее течение, обострение.</p> <p>Ответ 2: Аллергический отек в области остеомаляльного комплекса приводит к нарушению аэрации околоносовых пазух, застою густой вязкой слизи, активации микробной флоры</p> <p>Ответ 3: Спирометрия с бронхолитиком, пикфлоуметрия, кожные пробы с подозреваемыми аллергенами в период ремиссии, бактериологическое исследование носоглотки.</p> <p>Ответ 4: Лечение проводится совместно с оториноларингологами и состоит из санации околоносовых пазух(перемещения по Проетцу, Ямик-катетер), внутрь назначаются неседативные антигистаминные препараты(цетиризин, левоцетиризин, лоратадин, дезлоратадин), топические КС</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	развиться у пациента?	интраназально(назонекс, авамис, фликсоназе, тафен)  Ответ 5: Бронхиальная астма, полипозный риносинусит		
020	Таня, 11 лет обратилась на прием к участковому педиатру в связи с жалобами на: приступообразный кашель со скудно отделяемой мокротой, сопровождающийся болями в области грудины, на субфебрильную температуру тела в течение 5-ти дней, осиплость голоса, общую слабость, недомогание. Заболела остро, около недели назад, когда поднялась температура тела до 37,6оС, появились слизистые выделения из носа, затем присоединился кашель, осиплость голоса. Принимала сироп доктор МОМ, эффект слабый. В семье у девочки болеет старший брат в течение недели с похожим кашлем. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 2-3 раза в год. В 4года и в 7 лет острые бронхиты 1-2 раза в год, лечилась амбулаторно. В 7 лет пневмония. Аллергический анамнез не отягощен. В семье курит отец. Объективно: Кашель приступообразный, малопродуктивный. Голос изменен. Из носа слизистые выделения. Кожные покровы бледные, чистые. Лимфоузлы заднешейные до 1,0 см., умеренно болезненные. В зеве умеренная, разлитая гиперемия, отмечается зернистость задней стенки. При аускультации в легких: на фоне ослабленного дыхания, диффузные крепитирующие, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 80 в минуту. Другие органы и	Ответ 1: Рецидивирующий трахеобронхит  Ответ 2: Атипичные возбудители: Mycoplasma pneumoniae, либо Chlamydia pneumoniae  Ответ 3: Клинический анализ крови, определение специфических JgM, G, E, рентгенография грудной клетки;  Ответ 4: Фебрильная температура более 3-х дней, предполагаемая этиология заболевания  Ответ 5: Макролиды	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>системы при физикальном обследовании — без особенностей.</p> <p>1) Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2) Какая предполагается этиологическая причина данного заболевания?</p> <p>3) Какие необходимо провести обследования?</p> <p>4) Какие показания в данном случае имеются для назначения антибактериальной терапии?</p> <p>5) Какую группу антибактериальных средств необходимо назначить?</p>			
--	--	--	--	--