

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Басий Раиса Васильевна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 30.03.2026 14:29:11
Уникальный программный ключ:
1f1f00dcee08ce5fee9b1af24712073bdc9e28f8

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра педиатрии № 3

«Утверждено»
на заседании кафедры
«27» июня 2025 г.
протокол № 21
Заведующий кафедрой
д.м.н., проф. А.В. Дубовая

Фонд оценочных средств по дисциплине

Б1.В.ДВ2 ПОДРОСТКОВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность
ординатуры

31.08.19 Педиатрия

Донецк, 2025

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

| № | Дата и номер протокола утверждения | Раздел ФОС | Основание актуализации | Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию |
|----------|---|-------------------|-------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ПОДРОСТКОВАЯ ТЕРАПИЯ

| Код и наименование компетенции | Код контролируемого индикатора достижения компетенции | Задания | |
|---|--|--|----------------------|
| | | Тестовые задания | Ситуационные задания |
| Общепрофессиональные компетенции (ОПК) | | | |
| ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | ОПК-4.1. Знает и умеет работать со стандартами оказания медицинских услуг, знает патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | T1 ОПК-4.1. T2 ОПК -4.1. | C1 ОПК -4.1. |
| | ОПК-4.2. Умеет составлять алгоритм диагностики и обследования пациентов. | T3 ОПК -4.2. T4 ОПК -4.2. | C2 ОПК -4.2. |
| | ОПК-4.3. Владеет лабораторными методами исследований и интерпретирует полученные результаты. | T5 ОПК -4.3. T6 ОПК -4.3. | C3 ОПК -4.3. |
| ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | ОПК-5.1. Знает методы лечения детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи. | T7 ОПК -5.1. T8 ОПК -5.1. | C4 ОПК -5.1. |
| | ОПК-5.2. Умеет назначать лечение детям с применением медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи. | T9 ОПК -5.2. T10 ОПК -5.2. | C5 ОПК -5.2. |
| | ОПК-5.3. Владеет методами проведения лечебное питание, назначает лечебно-охранительный режим детям с учетом их состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи. | T11 ОПК -5.3. T12 ОПК -5.3. | C6 ОПК -5.3. |
| ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность | ОПК-8.1. Знает правила профилактики у детей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; принципы проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции в отделении педиатрического профиля. | T13 ОПК -8.1. T14 ОПК -8.1. | C7 ОПК -8.1. |

| | | | |
|--|---|--|---------------------|
| мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | ОПК-8.2. Умеет организовать и проводить профилактические медицинские мероприятия по охране здоровья детей. | T15 ОПК -8.2. T16 ОПК -8.2. | C8 ОПК -8.2. |
| | ОПК-8.3. Владеет методами проведения просветительной работы по сохранению здоровья детей. | T17 ОПК -8.3. T18 ОПК -8.3. | C9 ОПК -8.3. |
| Профессиональные компетенции (ПК) | | | |
| ПК-1. Проводить обследование детей с целью установления диагноза, назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность | ПК-1.1. Знает этиологию, основные этапы патогенеза, клиническую картину, дифференциальную диагностику, принципы терапии и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний в детском возрасте. | T19 ПК-1.1. T20 ПК-1.1. | C10 ПК-1.1. |
| | ПК-1.2. Умеет проанализировать и интерпретировать клинические данные осмотра, результаты лабораторных и инструментальных обследований больного ребенка, объясняет действие лекарственных препаратов и возможные осложнения при нарушении назначения. | T21 ПК-1.2. T22 ПК-1.2. | C11 ПК-1.2. |
| | ПК-1.3. Владеет алгоритмом постановки предварительного и окончательного диагнозов, методами и принципами ведения и лечения пациентов в соответствии с клиническими рекомендациями. | T23 ПК-1.3. T24 ПК-1.3. | C12 ПК-1.3. |

Оценивание результатов текущей успеваемости, промежуточной аттестации, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующей Инструкцией по оцениванию учебной деятельности ординаторов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

T1 ОПК-4.1. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- А. Кортизола
- Б. Глюкагона
- В. Соматостатина
- Г. *Инсулина

T2 ОПК-4.1. НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ – ЭТО ДЕФИЦИТ

- А. *Кальция и железа
- Б. Калия и магния
- В. Хлора и кальция
- Г. Натрия и калия

T3 ОПК-4.2. СИНДРОМ ПОДРОСТКОВОГО (КАПЕЛЬНОГО СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А. Брадикардией, затрудненным дыханием, дискомфортом в грудной клетке
- Б. Артериальной гипертензией, головной болью, тошнотой, появлением болей за грудиной
- В. Одышкой, тахикардией, слабостью, болью в грудной клетке
- Г. *Обмороками, артериальной гипотензией, тахикардией, появлением шума в сердце

T4 ОПК-4.2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Паренхиматозное заболевание почек
- Б. Коарктация аорты
- В. *Эссенциальная артериальная гипертензия
- Г. Тромбоз почечных вен и артерий

T5 ОПК-4.3. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Тест Векслера
- Б. Корректирную пробу
- В. Пробу Леви-Гориневского
- Г. *Велозргометрию

T6 ОПК-4.3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Персистирующая
- Б. *Ортостатическая
- В. Алиментарная
- Г. Нефротическая

T7 ОПК-5.1. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПНЕВМОНИЙ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А.*Атипичные возбудители
- Б. Пневмококки
- В. Стафилококки
- Г. Грамотрицательные бактерии

T8 ОПК-5.1. СРЕДИ ПОДРОСТКОВ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

- А. Фиброзно-кавернозный
- Б. *Инfiltrативный
- В. Очаговый
- Г. Милиарный

T9 ОПК-5.2. ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ С ____ ДО (В ГОДАХ)

- А. *10; 19
- Б. 10; 14
- В. 11; 18
- Г. 12; 16

T10 ОПК-5.2. АДЕКВАТНАЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА РЕБЕНКА 11-13 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ/СУТ)

- А.*2500-2750
- Б. 2000-2450
- В. 1800-2000
- Г. 1650-1800

T11 ОПК-5.3. У ДЕВОЧЕК СТАРШЕ 13 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА УСТАЛОСТЬ, ОНЕМЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК, АСИММЕТРИЮ ПУЛЬСА И АД НА РУКАХ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ДИАГНОЗ

- А.*Болезнь Такаясу
- Б. Синдром хронической усталости
- В. Системную склеродермию
- Г. Ювенильный дерматомиозит

T12 ОПК-5.3. В ТЕРАПИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ВКЛЮЧЕНА СХЕМА

- А. Ингибитор протонной помпы + висмута субцитрат + кларитромицин
- Б. Ингибитор протонной помпы + левофлоксацин + висмута субцитрат + амоксициллин
- В.*Ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
- Г. Висмута субцитрат + ингибитор протонной помпы + амоксициллин + рифаксимин

T13 ОПК-8.1. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ БЕЗ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ, РАЗВИВШЕЙСЯ У ПОДРОСТКА С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НЕОБХОДИМО ДАТЬ ПОДРОСТКУ

- А. *Сахар или сладкий напиток
- Б. Молока
- В. Напиток с сахарозаменителем
- Г. Воды

T14 ОПК-8.1. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А. Визуальный осмотр и компьютерная томография
- Б. *Плантография со скрининг-оценкой, тестовая карта осанки
- В. Измерение глубины изгибов и соматоскопия
- Г. Визуальный осмотр и рентгенография

T15 ОПК-8.2. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ ____ РАЗ/РАЗА

- А. *4
- Б. 2

В. 12

Г. 1

T16 ОПК-8.2. МАЛЬЧИК, У КОТОРОГО ПРИ ВРАЧЕБНОМ ОСМОТРЕ С УЧАСТИЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ ДИАГНОСТИРОВАНА СУТУЛОВАТАЯ ОСАНКА, ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ, ГАРМОНИЧНОЕ, КОТОРЫЙ ЗА ГОД, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ОБСЛЕДОВАНИЮ, ПЕРЕНЕС 3 ОРВИ, ОТНОСИТСЯ _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А. К 3

Б. *К₀ 2

В. К 4

Г. К 1

T17 ОПК-8.3. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А. *Положительное изменение в стиле жизни, приводящее к улучшению потенциала и баланса здоровья

Б. Расширение кругозора по медико-генетическим вопросам

В. Формирование адекватных убеждений в отношении здоровья

Г. Обучение распознаванию первых признаков инфекционных и неинфекционных заболеваний

T18 ОПК-8.3. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, УСЛОВИЕМ, ВЛИЯЮЩЕМ НА ЗДОРОВЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А. *Образ жизни

Б. Внешняя среда

В. Здоровоохранение

Г. Наследственность

T19 ПК-1.1. ДЛЯ УСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А. *Локальное физикальное изменение в легких

Б. Цианоз носогубного треугольника

В. Кашель

Г. Частота дыхания 48 в минуту

T20 ПК-1.1. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛЬ И НАПРЯЖЕННОСТЬ МЫШЦ ПАЛЬПАТОРНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В

А. Подвздошной области справа

Б. *Пилородуоденальной зоне

В. Левом подреберье

Г. Праом подреберье

T21 ПК-1.2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

А. 5-7

Б. 3-5

В. 18-20

Г. *10-14

T22 ПК-1.2. К НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНОМУ МЕТОДУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ОТНОСИТСЯ

А. *рН-метрия

Б. Ацидотест

В. Фракционный метод

Г. Метод толстым зондом по Боасу-Эвальду

T23 ПК-1.3. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Шум трения плевры
- Б. Левосторонний сердечный горб
- В.*Наличие периферических отеков
- Г. Брадикардия

T24 ПК-1.3. К АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ

- А.*Монтелукаст
- Б. Омализумаб
- В. Недокромил
- Г. Ипратропиум бромид

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ОПК-4.1. Пациентка, 17 лет, учащаяся лица, обратилась с жалобами на повышение АД до 150/90 мм. рт.ст. Год назад эндокринологом выставлен диагноз ожирение 1 степени. Масса тела 78 кг, рост 160 см. Ведет малоподвижный образ жизни, любит сладкое: тортики, сдобные булочки, конфеты. Ест много фастфуда.

Вопросы:

1. Выявите факторы риска АГ, имеющиеся у пациентки?
2. Определите и оцените индекс массы тела?
3. Какие профилактические мероприятия необходимо рекомендовать пациентке?

Эталоны ответов:

1. Гиподинамия, нерациональное питание, ожирение.
2. ИМТ=30,5. Ожирение 1 степени.
3. Рекомендовать диету № 8, увеличение физической активности, контроль АД.

С2 ОПК-4.2. У девочки, 13 лет, отмечаются жалобы на боль в животе через 2 часа после еды и тошноту, рвоту. При осмотре кожные покровы бледные, слизистая ротовой полости бледно-розовая, язык обложен белым налётом. Пальпаторно определяется болезненность в пилородуоденальной области. В семейном анамнезе: у отца язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Укажите, какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.
3. План лечения.

Эталоны ответов:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
2. Фиброгастродуоденоскопия.
3. Тройная антихеликобактерная терапия.

С3 ОПК-4.3. На приеме у врача педиатра девочка 13 лет с жалобами на периодически возникающие (2-3 раза в месяц) колющие боли в области сердца, головные боли без определенной локализации, головокружение, потливость ладоней, чувство зябкости, иногда боли в животе в области эпигастрия, пупка, не связанные с приемом пищи. Данная симптоматика появилась около 6 мес. назад. Болеет ОРВИ 3-4 раза в год. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы обычной окраски, влажные, *acne vulgaris*. Отмечается дистальный гипергидроз. Дермографизм красный, стойкий. Подкожно-

жировой слой развит удовлетворительно. Тоны ритмичные, систолический шум на верхушке. АД 90/60 мм рт. ст., ЧСС 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить данному пациенту?
2. Какой прогноз данного заболевания у ребенка?
3. Какой план диспансерного наблюдения и объем обследований?

Эталоны ответов:

1. ВСД по ваготоническому типу, перманентное течение, период ремиссии.
2. Прогноз благоприятный.
3. Диспансерное наблюдение у кардиоревматолога не менее 2 лет.

С4 ОПК-5.1. На амбулаторном приеме в детской поликлинике девочка, 14 лет, с жалобами на приступы учащенного сердцебиения с частотой примерно 200 в мин., длительностью 3 мин., проходят самостоятельно. Приступы тахикардии отмечаются в течение последних двух лет около двух раз в год. Приступы возникают внезапно на фоне спокойного состояния, причину возникновения приступов девочка назвать не может. Болей в сердце, головокружения и синкопов не отмечает. При осмотре удовлетворительное; кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски; границы относительной сердечной тупости: верхняя - III ребро; правая - по правому краю грудины; левая - по левой среднеключичной линии верхушечный толчок в V межреберье по среднеключичной линии; при аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу; тоны сердца: ясные; ЧСС 78 ударов в минуту; АД (справа) 110/70 мм рт. ст.; АД (слева) 110/68 мм рт. ст.; АД на ногах: 126/74 мм рт. ст.; пульсация на бедренных артериях отчетливая; шумы на сонных артериях, на брюшной аорте - не выслушиваются; печень не увеличена, селезенка не пальпируется; периферических отеков нет мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Вопросы:

1. С чего начинается неотложная терапия суправентрикулярной тахикардии при стабильном состоянии пациента?
2. На основании чего осуществляется контроль эффективности лечения приступа?
3. Какое количество отведений на ЭКГ необходимо регистрировать у ребенка с пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией?

Эталоны ответов:

1. С вагусных проб.
2. Суточного мониторинга ЭКГ.
3. 12.

С5 ОПК-5.2. Мальчик К., 14 лет, поступил в отделение детской кардиоревматологии на II-м этапе медицинской реабилитации после перенесенной острой ревматической лихорадки с поражением сердца и формированием недостаточности митрального клапана 2-й степени. Диагноз острой ревматической лихорадки был установлен 3 месяца назад, проведено стационарное лечение, включавшее антибактериальную, противовоспалительную и симптоматическую терапию. Получает вторичную профилактику бензилпенициллином.

Вопросы:

1. Определите основную цель медицинской реабилитации для данного ребенка?
2. Какие рекомендации по режиму при медицинской реабилитации на II-м этапе (в условиях санатория или реабилитационного центра), учитывая состояние подростка, анамнез и цели реабилитации?
3. Укажите возможные противопоказания к проведению массажа?

Эталоны ответов:

1. Улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.
2. Щадящий режим дня с достаточным временем для отдыха и сна (не менее 9-10 часов).

3. Острые воспалительные заболевания, кожные заболевания, лимфаденит.

С6 ОПК-5.3. К вам на приём обратились родители ребенка Кости 12 лет с эссенциальной артериальной гипертензией. Он ведет малоподвижный образ жизни и имеет избыточный вес. Вы должны помочь им выбрать подходящий санаторий для укрепления здоровья их ребёнка и назначить правильные процедуры.

У вас есть информация о двух санаториях:

- Санаторий «Сосновый бор»: расположен в сосновом лесу, специализируется на лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Предлагает: лечебную физкультуру, массаж, кислородные коктейли, фитотерапию, климатотерапию (прогулки по лесу, солнечные ванны).
- Санаторий «Жемчужина»: расположен в горной местности, специализируется на лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Предлагает: лечебную физкультуру, терренкур, бальнеотерапию, массаж, физиотерапию (электрофорез, магнитотерапию).

Вопросы:

1. Какой санаторий Вы посоветуете ребенку?
2. Какие рекомендуемые процедуры показаны данному пациенту?
3. Какая стадия сердечной недостаточности является противопоказанием для санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями сердца?

Эталоны ответов:

1. Санаторий «Жемчужина».
2. Лечебная физкультура, терренкур, бальнеотерапия, массаж, физиотерапия.
3. Сердечная недостаточность IIБ-III стадии.

С7 ОПК-8.1. Больной И., 14 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращения 100 уд/мин. АД 1-5/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв – 115 г/л, лейкоц. – $10,0 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с – 54%, л – 36%, СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1015, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки гипертрофии левого желудочка и левого предсердия.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие обследования следует провести больного дополнительно?
3. В наблюдении каких специалистов нуждается подросток?

Эталоны ответов:

1. Приобретенный порок сердца: недостаточность митрального клапана.
2. Эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, пульсоксиметрия.
3. Педиатра, ревматолога, детского кардиохирурга.

С8 ОПК-8.2. Больная 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность. Анамнез заболевания: Данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Приступы головной боли в последнее время возникают по несколько раз в течение месяца, проходят после приёма анальгетиков или самостоятельно после отдыха. Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дисфункцией, бабушка по материнской линии – гипертонической болезнью. При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы нормального цвета, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз паховых впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы. Зев не гиперемированный, миндалины гипертрофированы. В легких ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий не грубый систолический шум на верхушке, который исчезает в положении стоя. Пульс 96/мин, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД – 150/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул сформированный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эр. – $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 125 г/л, лейкоц. – $5,1 \times 10^9/л$, п – 2%, э – 2%, с – 63%, л – 30%, СОЭ – 8 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1024, белок – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины – $\alpha 1$ – 4%, $\alpha 2$ – 9%, β – 12%, γ – 15%, серомукоид – 0,18 (норма до 0,2), АЛТ – 32 ед/л, АСТ – 25 ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Сформируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Консультация каких специалистов требуется больному?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Вегетососудистая дисфункция по гипертензивному типу.
2. Кардиолога, отоларинголога, невролога, психолога.
3. Эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и АД, электроэнцефалография.

С9 ОПК-8.3. Мальчик 13 лет, предъявляет жалобы на колющие боли в области сердца, головные боли, повышенную утомляемость, снижение артериального давления. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы наблюдаются у ребенка в течение 2-х месяцев после перенесенного острого вирусного заболевания. Наблюдается у ЛОР врача по поводу хронического тонзиллита с 10-летнего возраста. Наследственной отягощена: мать страдает вегетососудистой дисфункцией, у отца – язвенная болезнь желудка. При объективном обследовании состояние ребенка удовлетворительное, астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, отмечается красный дермографизм, мраморность. Выражен гипергидроз. Пальпируется подчелюстные лимфатические узлы размером 1,5x2 см повышенной плотности. Гипертрофия миндалин 2 степени. В легких везикулярное дыхание, границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца ритмичные, слегка приглушенные, частота сердечных сокращения 76 в мин. АД – 90/60 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Общий анализ крови: эр. – $3 \times 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$, п – 4%, э – 1%, с – 68%, л – 25%, СОЭ – 7 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1025, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены. Биохимический анализ крови: СРБ – 0,5, АСЛ-0 -1:625, АСГ – 1:300, глюкоза 3,5 ммоль/л, АЛТ – 4 ед/л, АСТ – 35 ед/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Сформируйте предварительный диагноз

2. Каким специалистам необходимо показать больного?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Вегетососудистая дисфункция по гипотензивному типу. Хронический тонзиллит.
2. Невролог, отоларинголог, кардиолог, психолог.
3. Эхокардиография, электроэнцефалография, УЗИ сосудов шеи и головы, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

С10 ПК-1.1. Девушка 15 лет предъявляет жалобы на слабость (особенно на занятиях физкультурой), шум в ушах, повышенное выпадение волос, потерю аппетита, ломкость ногтей. Из рациона исключено мясо, рыба и яйца. Питается регулярно. В семье все вегетарианцы. При осмотре выражена бледность и сухость кожи. Слизистые оболочки бледные. Ногти поперечно исчерчены, расслаиваются, ломаются. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации над областью сердца выслушивается систолический шум средней интенсивности. Живот мягкий, печень на 2 см ниже реберной дуги, селезенка – у края. Менархе с 12 лет, мenses регулярные, скудные. Клинический анализ крови: эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb – 84 г/л, цв. Пок. – 0,8, скорость оседания эритроцитов – 17 мм/ч, ретикулоциты – 5%, средний объем эритроцита (MCV) – 83 фл, среднее содержание Hb в эритроците (MCH) – 28 пг, средняя концентрация Hb в эритроците (MCHC) – 290 г/л, степень анизозитоза эритроцитов (RDW) – 19%.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие проблемы могут возникать в процессе лечения пероральными препаратами двухвалентного железа у детей?
3. Назовите свойства и преимущества использования пероральных препаратов трехвалентного железа.

Эталоны ответов:

1. Железодефицитная анемия средней тяжести.
2. Выраженный металлический привкус; окрашивание эмали зубов и десен.
3. Высокая безопасность и переносимость, отсутствие риска передозировки.

С11 ПК-1.2. У девочки 15 лет отмечаются жалобы на заложенность носа, сухой, навязчивый кашель, повышение температуры до $39,2^{\circ}C$. Болеет 9 дней. Принимала бромгексин, парацетамол, флемоксин, без эффекта. При госпитализации состояние средней тяжести. Т - $38,5^{\circ}C$. Кожные покровы бледные. Перкуторно – укорочение легочного звука в нижних отделах легких с обеих сторон, аускультативно – с обеих сторон ниже угла лопатки обилие мелкопузырчатых влажных хрипов, ЧД – 27 в 1 минуту, тоны сердца ослаблены, ЧСС 120 в мин. Клинический анализ крови: эр. - $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л, Лейк.- $14,0 \times 10^9/л$, э-2%, п-5%, с-72%, л-14%, м-7%, СОЭ-28 мм/час.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести в первую очередь?
3. Назовите принципы антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии у детей.

Эталоны ответов:

1. Внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония, ДН I ст.
2. Рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ.
3. Необходимо учитывать наиболее вероятного возбудителя.

С12 ПК-1.3. У ребёнка 14 лет сезонный персистирующий аллергический ринит средней степени тяжести в период с августа по октябрь. При определении уровня аллерген-специфических IgE антител к амброзии nAmb a1 выявлено $>100,0 KUa/L$. Получает в период обострения цетиризин, мометазон спрей, монтелукаст. В настоящее время (декабрь) у ребёнка ремиссия.

Вопросы:

1. Какое лечение рекомендовано согласно клиническим рекомендациям?
2. Где рекомендуется провести дальнейшее лечение?

3. Какая форма бронхиальной астмы является противопоказанием к дальнейшему лечению?

Эталоны ответов:

1. Рекомендована аллерген-специфическая иммунотерапия аллергеном амброзии.
2. В аллергологическом центре, аллергологическом отделении.
3. Частично контролируемая или неконтролируемая.