

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:02  
Уникальный программный ключ:  
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

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

Кафедра педиатрии №1

«Утверждено»  
на заседании кафедры  
«30» августа 2024 г.  
протокол № 2  
заведующий кафедрой  
д.мед.н., доцент Е.В. Пшеничная

**Фонд оценочных средств по дисциплине  
ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Специальность

31.05.02 Педиатрия

Донецк 2024

**ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ**

<b>№</b>	<b>Дата и номер протокола утверждения</b>	<b>Раздел ФОС</b>	<b>Основание актуализации</b>	<b>Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию</b>

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
<b>Общепрофессиональные компетенции (ОПК)</b>			
<b>ОПК-2.</b> Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	<b>ОПК-2.1.6.</b> Знает этиологию и патогенез заболеваний у детей.	<b>T1</b> ОПК-2.1.6 <b>T2</b> ОПК-2.1.6	<b>C1</b> ОПК-2.1.6
	<b>ОПК-2.1.22.</b> Знает особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста.	<b>T3</b> ОПК-2.1.22 <b>T4</b> ОПК-2.1.22	<b>C2</b> ОПК-2.1.22
	<b>ОПК-2.1.29.</b> Знает принципы назначения лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи.	<b>T5</b> ОПК-2.1.29 <b>T6</b> ОПК-2.1.29	<b>C3</b> ОПК-2.1.29

	<b>ОПК-2.2.32.</b> Умеет назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T7</b> ОПК-2.2.32 <b>T8</b> ОПК-2.2.32	<b>C4</b> ОПК-2.2.32
	<b>ОПК-2.3.23.</b> Владеет направлением детей на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T9</b> ОПК-2.3.23 <b>T10</b> ОПК-2.3.23	<b>C5</b> ОПК-2.3.23
	<b>ОПК-2.3.24.</b> Владеет проведением дифференциального диагноза с другими болезнями и постановкой диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T11</b> ОПК-2.3.24. <b>T12</b> ОПК-2.3.24	<b>C6</b> ОПК-2.3.24
	<b>ОПК-2.3.25.</b> Владеет Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T13</b> ОПК-2.3.25 <b>T14</b> ОПК-2.3.25	<b>C7</b> ОПК-2.3.25
	<b>ОПК-2.3.26.</b> Владеет разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка.	<b>T15</b> ОПК-2.3.26 <b>T16</b> ОПК-2.3.26	<b>C8</b> ОПК-2.3.26
	<b>ОПК-2.3.28.</b> Владеет назначением диетотерапии ребенку.	<b>T17</b> ОПК-2.3.28 <b>T18</b> ОПК-2.3.28	<b>C9</b> ОПК-2.3.28
	<b>ОПК-2.3.29.</b> Владеет формированием у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, приверженности лечению.	<b>T19</b> ОПК-2.3.29 <b>T20</b> ОПК-2.3.29	<b>C10</b> ОПК-2.3.29
<b>ОПК-4.</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента	<b>ОПК-4.1.2.</b> Знает методы и алгоритмы клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентов с различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, принципы постановки клинического диагноза.	<b>T21</b> ОПК-4.1.2 <b>T22</b> ОПК-4.1.2	<b>C11</b> ОПК-4.1.2

с целью установления диагноза			
	<b>ОПК-4.2.4.</b> Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, лабораторного и инструментального обследования, формулировать предварительный диагноз.	<b>T23</b> ОПК-4.2.4 <b>T24</b> ОПК-4.2.4	<b>C12</b> ОПК-4.2.4
	<b>ОПК-4.3.3.</b> Владеет интерпретацией данных клинических и дополнительных исследований детей по возрастнополовым группам.	<b>T25</b> ОПК-4.3.3 <b>T26</b> ОПК-4.3.3	<b>C13</b> ОПК-4.3.3
<b>ОПК-5.</b> Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	<b>ОПК-5.1.16.</b> Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих направления на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T27</b> ОПК-5.1.16 <b>T28</b> ОПК-5.1.16	<b>C14</b> ОПК-5.1.16
	<b>ОПК-5.1.17.</b> Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи, неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи.	<b>T29</b> ОПК-5.1.17 <b>T30</b> ОПК-5.1.17	<b>C15</b> ОПК-5.1.17
	<b>ОПК-5.2.2 .</b> Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	<b>T31</b> ОПК-5.2.2 <b>T32</b> ОПК-5.2.2	<b>C16</b> ОПК-5.2.2
	<b>ОПК-5.3.2.</b> Владеет оцениванием клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	<b>T33</b> ОПК-5.3.2 <b>T34</b> ОПК-5.3.2	<b>C17</b> ОПК-5.3.2
<b>ОПК-6.</b> Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-сан помощь, обеспечивать	<b>ОПК-6.1.2.</b> Знает правила получения согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных.	<b>T35</b> ОПК-6.1.2 <b>T 36</b> ОПК-6.1.2	<b>C18</b> ОПК-6.1.2

<p>организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>			
<p><b>ОПК-7.</b> Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p><b>ОПК-7.1.14.</b> Знает клинико-фармакологические подходы, современные схемы и режимы рациональной фармакотерапии конкретных нозологических форм, основанные на принципах доказательной медицины в свете международных и отечественных согласительных документов.</p>	<p><b>Т37</b> ОПК-7.1.14 <b>Т 38</b> ОПК-7.1.14</p>	<p><b>С19</b> ОПК-7.1.14</p>
	<p><b>ОПК-7.2.2.</b> Умеет назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию, в том числе интенсивную терапию и реанимационные мероприятия, с учетом возраста пациента, нозологической формы и клинической картины заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p><b>Т39</b> ОПК-7.2.2 <b>Т 40</b> ОПК-7.2.2</p>	<p><b>С20</b> ОПК-7.2.2</p>
	<p><b>ОПК-7.3.1.</b> Владеет разработкой плана лечения и профилактики, назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, в том числе интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, с учетом возраста пациента, нозологической формы и клинической картины заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания</p>	<p><b>Т41</b> ОПК-7.3.1 <b>Т 42</b> ОПК-7.3.1</p>	<p><b>С21</b> ОПК-7.3.1</p>

	медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
<b>Профессиональных компетенций (ПК)</b>			
<b>ПК-1.</b> Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза	<b>ПК-1.1.2.</b> Знает особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста.	<b>T43</b> ПК-1.1.2 <b>T44</b> ПК-1.1.2	<b>C22</b> ПК-1.1.2
	<b>ПК-1.1.7.</b> Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование к врачам специалистам с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T45</b> ПК-1.1.7 <b>T46</b> ПК-1.1.7	<b>C23</b> ПК-1.1.7
	<b>ПК-1.1.8.</b> Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи.	<b>T47</b> ПК-1.1.8 <b>T48</b> ПК-1.1.8	<b>C24</b> ПК-1.1.8
	<b>ПК-1.1.9.</b> Знает Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T49</b> ПК-1.1.9 <b>T50</b> ПК-1.1.9	<b>C25</b> ПК-1.1.9
	<b>ПК-1.2.7.</b> Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.	<b>T51</b> ПК-1.2.7 <b>T52</b> ПК-1.2.7	<b>C26</b> ПК-1.2.7
	<b>ПК-1.2.8.</b> Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований.	<b>T53</b> ПК-1.2.8 <b>T54</b> ПК-1.2.8	<b>C27</b> ПК-1.2.8
	<b>ПК-1.2.9.</b> Умеет интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований детей по возрастно-половым группам.	<b>T55</b> ПК-1.2.9 <b>T56</b> ПК-1.2.9	<b>C28</b> ПК-1.2.9
	<b>ПК-1.2.10.</b> Умеет обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам.	<b>T57</b> ПК-1.2.10 <b>T58</b> ПК-1.2.10	<b>C29</b> ПК-1.2.10
	<b>ПК-1.3.5.</b> Владеет направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к	<b>T59</b> ПК-1.3.5 <b>T60</b> ПК-1.3.5	<b>C30</b> ПК-1.3.5

	врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	<b>ПК-1.3.6.</b> Владеет оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи	<b>T61</b> ПК-1.3.6 <b>T62</b> ПК-1.3.6	<b>C31</b> ПК-1.3.6
	<b>ПК-1.3.7.</b> Владеет проведением дифференциального диагноза с другими болезнями и постановкой диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T63</b> ПК-1.3.7 <b>T64</b> ПК-1.3.7	<b>C32</b> ПК-1.3.7
<b>ПК-2.</b> Способен к назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности	<b>ПК-2.1.2.</b> Знает современные методы медикаментозной терапии заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T65</b> ПК-2.1.2 <b>T66</b> ПК-2.1.2	<b>C33</b> ПК-2.1.2
	<b>ПК-2.1.5.</b> Знает принципы назначения лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T67</b> ПК-2.1.5 <b>T68</b> ПК-2.1.5	<b>C34</b> ПК-2.1.5
	<b>ПК-2.1.7.</b> Знает принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях и состояниях, при обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T69</b> ПК-2.1.7 <b>T70</b> ПК-2.1.7	<b>C35</b> ПК-2.1.7



	<b>ПК-2.2.1.</b> Умеет составлять план лечения болезней и состояний ребенка, назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза, и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T71</b> ПК-2.2.1 <b>T72</b> ПК-2.2.1	<b>C36</b> ПК-2.2.1
	<b>ПК-2.2.2.</b> Умеет назначать немедикаментозную терапию, диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T73</b> ПК-2.2.2 <b>T74</b> ПК-2.2.2	<b>C37</b> ПК-2.2.2
	<b>ПК-2.2.5.</b> Умеет оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний; оказывать паллиативную помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T75</b> ПК-2.2.5 <b>T76</b> ПК-2.2.5	<b>C38</b> ПК-2.2.5
	<b>ПК-2.3.1.</b> Владеет разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка.	<b>T77</b> ПК-2.3.1 <b>T78</b> ПК-2.3.1	<b>C39</b> ПК-2.3.1
	<b>ПК-2.3.2.</b> Владеет назначением медикаментозной, немедикаментозной терапии, диетотерапии.	<b>T79</b> ПК-2.3.2 <b>T80</b> ПК-2.3.2	<b>C40</b> ПК-2.3.2
	<b>ПК-2.3.5.</b> Владеет оказанием медицинской помощи при внезапных острых состояниях и заболеваниях, обострении хронических заболеваний.	<b>T81</b> ПК-2.3.5 <b>T82</b> ПК-2.3.5	<b>C41</b> ПК-2.3.5
<b>ПК-4.</b> Способен к проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской	<b>ПК-4.1.8.</b> Знает показания к направлению на лабораторное и инструментальное обследование с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T83</b> ПК-4.1.8 <b>T84</b> ПК-4.1.8	<b>C42</b> ПК-4.1.8

работы, среди детей и их родителей			
------------------------------------	--	--	--

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

## Образцы оценочных средств

### Тестовые задания

**Т1 ОПК-2.1.6.** МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ СВЯЗАН С

- А. \*Блокадой синтеза простаноидов на уровне фосфолипазы
- Б. Проявлениями основного заболевания
- В. Прямым воздействием гормонов на слизистую желудка
- Г. Стимуляцией кислотообразования в желудке

**Т2 ОПК-2.1.6.** СРЕДИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Коарктация аорты
- Б. Стеноз легочной артерии
- В. Аномалия Эбштейна
- Г. Дефект межжелудочковой перегородки

**Т3 ОПК-2.1.22** ПОЛНОГО РАЗВИТИЯ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ДОСТИГАЮТ К ВОЗРАСТУ \_\_\_\_ МЕС.

- А. 1-2
- Б. 7-8
- В. \* 3-6
- Г. 9-10

**Т4 ОПК-2.1.22.** ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Витамин К
- Б. Дицинон
- В. Витамин А
- Г. Преднизолон

**Т5 ОПК-2.1.29.** ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ДИЕТА

- А. Безмолочная
- Б. Безмясная
- В. Безсолевая
- Г. \*Безглютеновая

**Т6 ОПК-2.1.29.** ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ РЕБЕНКА С ПИЕЛОНЕФРИТОМ СТРОИТСЯ ПО ПРИНЦИПУ

- А. \* Молочно-растительной диеты с умеренным ограничением белка и соли
- Б. Усиленного белкового питания
- В. Бессолевого питания
- Г. Молочно-растительной диеты с ограничением сахара

**Т7 ОПК-2.2.32** ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ 1-II СТЕПЕНЕЙ СУТОЧНУЮ КАЛОРИЙНОСТЬ СНИЖАЮТ НА \_\_\_\_ %

- А. 10-15
- Б. 15-20
- В. \*20-30
- Г. 30-40

**T8 ОПК-2.2.32.** ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ № \_\_\_\_\_ ПО ПЕВЗНЕРУ

- А. \*1
- Б. 5
- В. 7
- Г. 10

**T9 ОПК-2.3.23.** БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЛЕДУЕТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ

- А. Планово 1 раз в год
- Б. При выявлении хеликобактериоза
- В. \*При обострении
- Г. После проведения ФГДС и выявления язвы

**T10 ОПК-2.3.23.** МАЛЬЧИКУ 5 ЛЕТ С ИЗМЕНЕНИЯМИ В АНАЛИЗЕ МОЧИ В ВИДЕ – ЭРИТРОЦИТОВ 105 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, БЕЛКА – 0,166 ‰ НЕОБХОДИМО

- А. Амбулаторное радиоизотопное исследование
- Б. Амбулаторное рентгеноурологическое исследование
- В. \*Госпитализация
- Г. Наблюдение за анализами

**T11 ОПК-2.3.24.** НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛУТАМИНАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. Болезни Крона
- Б. \*Целиакии
- В. Муковисцидозе
- Г. Экссудативной энтеропатии

**T12 ОПК-2.3.24/** ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- А. Исследования глазного дна
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. Тест толерантности к глюкозе
- Г. \*Определение гликемии

**T13 ОПК-2.3.25.** БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В МКБ 10 ОМЕЧЕНЫ БУКВОЙ

- А. F
- Б. H
- В. \*K
- Г. P

**T14 ОПК-2.3.25.** КРИТЕРИИ КИСЕЛЯ–ДЖОНСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А. Врожденного порока сердца
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Системной красной волчанки
- Г. \*Острой ревматической лихорадки

**T15 ОПК-2.3.26.** КОНТРОЛЬ ЭРАДИКАЦИИ ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗЕ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- А. Сразу после лечения

- Б. Через 4 недели после лечения
- В. \*Не ранее, чем через 4 недели после лечения
- Г. В любое время

**T16 ОПК-2.3.26.** ПРИ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ РЕЖИМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА \_\_\_\_\_ ДЕЙСТВИЯ

- А. Только продленного
- Б. Короткого и ультракороткого
- В. Продленного и короткого
- Г. \*Только короткого

**T17 ОПК-2.3.28.** К ОСОБЕННОСТЯМ ПИТАНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

- А. Исключение грудного вскармливания
- Б. Использование смесей, обогащенных белком
- В. \*Обогащение грудного молока смесями со среднецепочечными триглицеридами
- Г. Использование только безлактозных смесей

**T18 ОПК-2.3.28.** РЕБЕНКУ С ВРОЖДЕННОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕКОМЕНДОВАНО КОРМЛЕНИЕ \_\_\_\_\_ СМЕСЬЮ

- А. \*Безлактозной
- Б. Низколактозной
- В. Обогащенной белком
- Г. Соевой

**T19 ОПК-2.3.29.** ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ

- А. В течение 3 лет
- Б. В течение 5 лет
- В. \*До перевода во взрослую поликлинику
- Г. В течение 4 лет

**T20 ОПК-2.3.29.** РЕБЕНОК С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА БЕЗ ПРИЗНАКОВ ОТРАВЛЕНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В \_\_\_\_\_ ОТДЕЛЕНИЕ

- А. Инфекционное
- Б. Соматическое
- В. \*Реанимационное
- Г. Кардиологическое

**T21 ОПК-4.1.2.** ПРИГЛУШЕННОСТЬ (ОСЛАБЛЕНИЕ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. Тиреотоксикозе
- Б. Снижении массы тела
- В. \*Скоплении жидкости в полости перикарда
- Г. Психо-эмоциональном возбуждении

**T 22 ОПК-4.1.2.** ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА МУКОВИСЦИДОЗ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ОБСЛЕДОВАНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. \*Хлоридов в поте, эластазы 1 в кале

- Б. Липопротеидов и холестерина в сыворотке крови
- В. Хлоридов и эластазы в сыворотке крови,
- Г. Микрофлоры кишечника

**T23 ОПК-4.2.4. УВЕЛИЧЕНИЕ У ПОДРОСТКА КАЛЬПРОТЕКТИНА В 10 РАЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А. Энтероколите
- Б. Неязвенном колите
- В. \*Воспалительном заболевании кишечника
- Г. Синдроме раздражённого кишечника

**T24 ОПК-4.2.4. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Расширение полости левого желудочка
- Б. \*Гипертрофия межжелудочковой перегородки
- В. Гипертрофия правого желудочка
- Г. Недостаточность митрального клапана

**T25 ОПК-4.3.3. К КРИТЕРИЯМ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-4 ЛЕТ ОТНОСЯТ ЧСС МЕНЕЕ \_\_\_ УДАРОВ В МИНУТУ**

- А. 80
- Б. 110
- В. 100
- Г. \*90
- Д.

**T26 ОПК-4.3.3. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ ПРЕОБЛАДАЕТ**

- А. Моноцитоз
- Б. Нейтрофиллез
- В. Эозинофилия
- Г. \*Лимфоцитоз

**T27 ОПК-5.1.16 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ТАКИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ КАК**

- А. Хромоцистографии
- Б. Ретроградной пиелографии
- В. \* УЗИ почек, обзорная R-графия мочевых путей
- Г. Цистоскопия, 3-стаканная проба

**T 28 ОПК-5.1.16. ПЕРВИЧНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Общий анализ крови
- Б. \*Рентгенография органов грудной клетки
- В. КТ грудной клетки
- Г. МРТ легких

**T29 ОПК-5.1.17. ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А. Длительным постепенным снижением почечных функций
- Б. \*Снижением диуреза и/или повышением уровня креатинина
- В. Только повышением мочевины при сниженном диурезе и нормальном креатинине

Г. Только снижением диуреза

**Т30 ОПК-5.1.17.** К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ

- А. \*Асцит
- Б. Инспираторная одышка
- В. Синдром «тахи-бради»
- Г. Сухой или влажный кашель с отделением слизистой мокроты

**Т31 ОПК-5.2.2.** ВНЕЗАПНАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ СПРАВА В ПОДРЕБЕРЬЕ С ТОШНОТОЙ И ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. Обострения хронического холецистита
- Б. \*Приступа желчной колики
- В. Пенетрации желудка
- Г. Острого гепатита

**Т32 ОПК-5.2.2.** КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Макрогематурия
- Б. Боли в поясничной области
- В. Ортостатический коллапс
- Г. Артралгии

**Т33 ОПК-5.3.2** ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМ

- А. Алегрова
- Б. Шмидта
- В. \*Уотерхауса-Фридериксена
- Г. Кушинга

**Т34 ОПК-5.3.2.** РЕБЕНОК, С ПРИСТУПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, НЕ КУПИРУЕМЫМ В ТЕЧЕНИЕ 8-МИ ЧАСОВ БЕРОТЕКОМ ПОДЛЕЖИТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В

- А. \* Реанимационное отделение
- Б. Пульмонологическое отделение
- В. Инфекционное отделение
- Г. Отделение эндоскопии

**Т35 ОПК-6.1.2** КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СД 1 ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ГИБЕЛИ % В-КЛЕТОК

- А. 55-60
- Б. 65-75
- В. 70-80
- Г. \*85-90

**Т36 ОПК-6.1.2.** ПЕРЕД ОСМОТРОМ РЕБЕНКА 16 ЛЕТ БЕЗ РОДИТЕЛЕЙ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОСМОТР ПЕДИАТРА ЗАПОЛНЯЕТ

- А. \*Сам ребенок
- Б. Педиатр
- В. Консилиум из двух врачей
- Г. Любой сопровождающий взрослый

**Т37 ОПК-7.1.14.** ИЗ ВСЕХ ВАРИАНТОВ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, С УЧЕТОМ УСТОЙЧИВОСТИ МИКРОБА, БУДЕТ СОЧЕТАНИЕ

- А Кларитромицина и метронидазола
- Б Метронидазола и ампициллина
- В Кларитромицина и нифурателя
- Г \*Нифурателя и джозамицина

**Т38 ОПК-7.1.14.** К  $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОТНОСЯТ

- А. Варфарин
- Б. Нитропруссид натрия
- В. \*Бисопролол
- Г. Ацетилсалициловую кислоту

**Т39 ОПК-7.2.2.** ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- А. Левокарнитина
- Б. \*АТФ
- В. Кальция хлорида
- Г. Лидокаина

**Т40 ОПК-7.2.2.** ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ПЛЕВРИТА У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Интубация трахеи
- Б. \*Пункция плевральной полости
- В. Введение дыхательных аналептиков
- Г. Внутривенно высокие дозы антибиотиков

**Т41 ОПК-7.3.1.** В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЯМ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЮТ

- А. \*Глюкокортикоиды с цитостатиками
- Б. Антибиотики и сульфаниламиды
- В. Препараты хинолинового ряда
- Г. Антиметаболиты с гепарином

**Т42 ОПК-7.3.1** РЕБЕНКУ С ЛЮБОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧАЮТ

- А. Антибактериальную терапию
- Б. \*Строгий постельный режим и диету
- В. Гипотензивные и диуретические препараты
- Г. Препараты цитостатического действия

**Т43 ПК-1.1.2.** ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕСТ

- А. Тест Керна-Ирасека
- Б. Пробу Кумбса
- В. Пробу Руфье
- Г. \*Тест Апта



**T44 ПК-1.1.2.** Основным клиническим синдромом при гемолитической болезни новорожденных является

- А. \*Желтушный
- Б. Анемический
- В. Геморрагический
- Г. Отечный

**T45 ПК-1.1.7.** ИССЛЕДОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ ЭЛАСТАЗЫ ПОКАЗАНО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

- А. \*Гипофункции поджелудочной железы
- Б. Целиакии
- В. Болезни Крона
- Г. Энтероколита

**T46 ПК-1.1.7.** РЕБЕНКА С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ НЕОНАТАЛЬНЫМ СКРИНИНГОМ НА ГИПОТИРЕОЗ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К

- А. Невропатологу
- Б. Пульмологу
- В. \*Эндокринологу
- Г. Нефрологу

**T47 ПК-1.1.8.** НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ФОНЕ ПЕРЕНОСИМОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ

- А. Разрыв аневризмы аорты
- Б. Кровавая рвота
- В. Аспирация инородного тела
- Г. \* Легочное кровотечение

**T48 ПК-1.1.8.** К СИМПТОМАМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ ОТНОСИТСЯ

- А. \*Кашель
- Б. Артериальная гипертензия
- В. Гепатоспленомегалия
- Г. Брадикардия

**T49 К-1.1.9.** МКБ ИМЕЕТ ЦИФРУ 10, ПОТОМУ ЧТО

- А \*Это ее 10-й пересмотр
- Б Принята в 2010 году
- В Содержит 10 рубрик
- Г Исполосует десятичную систему

**T50 ПК-1.1.9** ПРИ НЕФРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А. Транзиторная альбуминурия
- Б. Увеличение клубочковой фильтрации
- В. Высокая относительная плотность мочи
- Г. \*Повышение креатинина и остаточного азота крови

**T51 ОПК-1.2.7.** ПОВЫШЕНИЕ АД У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. \*Острого периода гломерулонефрита

- Б. Острого периода пиелонефрита
- В. Латентного течения гломерулонефрита
- Г. Латентного течения пиелонефрита

**Т 52 ПК-1.2.7.** НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЧАСТЫМ НИТЕВИДНЫМ ПУЛЬСОМ, СНИЖЕНИЕМ АД ДО 60/20 ММ РТ. СТ. ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Кардио-респираторный синдром
- Б. ДВС-синдром
- В. \*Коллаптоидное состояние
- Г. Бронхообструктивный синдром

**Т53 ПК-1.2.8.** НЕОБХОДИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВСЛЕДСТВИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. Уровня глюкозы в крови
- Б. Мочевой кислоты в сыворотке крови
- В. \*Метанефринов в суточной моче
- Г. Липидного спектра крови

**Т54 ПК-1.2.8.** УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- А. 0,5-1,3%
- Б. 1,5-3,2%
- В. 2-3%
- Г. \*4-5,2%

**Т55 ПК-1.2.9.** В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А. Гиперальбуминемия, повышение гамма-глобулина
- Б. \*Гипоальбуминемия, снижение гамма-глобулина
- В. Снижение а- и в-глобулинов
- Г. Снижение липидов и холестерина

**Т 56 ПК-1.2.9.** ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО НЕ ХАРАКТЕРНО КРОВОХАРКАНЬЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Синдром Гудпасчера
- Б. \*Плеврит
- В. Тромбоэмболия легочной артерии
- Г. Туберкулез легких

**Т57 ПК-1.2.10.** ДЛЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- А. \*Диффузное
- Б. В области перешейка
- В. В левой доле
- Г. В правой доле

**Т58 ПК-1.2.10.** РЕБЕНОК С ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ КОНСУЛЬТИРОВАН

- А. \*Инфекционистом для исключения дифтерии

- Б. Кардиологом для исключения ревматизма
- В. Пульмонологом для исключения пневмонии
- Г. Хирургом для определения показаний к оперативному лечению

**Т59 ПК-1.3.5. ПОСЛЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СКРИНИНГА НА МУКОВИСЦИДОЗ В РОДДОМЕ**

- А. Устанавливают диагноз муковисцидоза
- Б. \*Направляют ребенка на исследование хлоридов пота
- В. Направляют ребенка к генетику
- Г. Исследуют копрограмму

**Т 60 ПК-1.3.5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Рентгенография
- Б. Бронхография
- В. \*Бронхоскопия
- Г. Томография

**Т61 ПК-1.3.6. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ РЕБЕНКА, БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А. Хронического цистита
- Б. Острого гломерулонефрита
- В.\* Острого цистита
- Г. Дисметаболической нефропатии

**Т62 ПК-1.3.6. СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ РЕБЕНКУ С ОТРАВЛЕНИЕМ, С ЦЕЛЬЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НАРЯДУ С ПРОМЫВАНИЕМ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЕТСЯ**

- А. \*Активированный уголь
- Б. Антибиотик
- В. Альбумин
- Г. Энтеросгель

**Т 63 ПК-1.3.7. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ ДОСТАТОЧНО**

- А. Опросить больного
- Б. Опросить и осмотреть больного
- В. Провести ФЭГДС
- Г. \*Провести ФЭГДС с биопсией
- Д.

**Т 64 ПК-1.3.7. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА В ВИДЕ УДЛИНЕННОГО ВЫДОХА, ЕДИНИЧНЫХ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А. Бронхиолита
- Б. \*Острого обструктивного бронхита
- В. Рецидивирующего бронхита
- Г. Пневмонии

**Т65 ПК-2.1.2. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. Антиагреганты

- Б. Сердечные гликозиды
- В. \*Ингибиторы АПФ
- Г. Блокаторы кальциевых каналов

**Т66 ПК-2.1.2.** ЗА 30 - 40 МИН ДО ЕДЫ ВОДЯТСЯ ИНСУЛИНЫ \_\_\_\_\_  
ДЕЙСТВИЯ

- А. \*Короткого
- Б. Ультракороткого
- В. Среднего
- Г. Продленного

**Т67 ПК-2.1.5.** ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ МОЛОКО

- А. Не следует употреблять
- Б. \*Не следует употреблять перед сном
- В. Следует употреблять
- Г. Следует употреблять перед сном

**Т68 ПК-2.1.5.** ДИЕТА 1 ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ  
ДЛИТЕЛЬНО

- А. Назначается всегда
- Б. Назначается при выраженном болевом синдроме
- В. \*Не назначается
- Г. Назначается при кровотечении

**Т Т69 ПК-2.1.7.** В ПЕДИАТРИИ МЕРКАЗОЛИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ \_\_\_\_\_  
МГ/ МГ

- А. 3-5
- Б. 10-20 \*
- В. 30-40
- Г. 100

**Т 70 ПК-2.1.7.** НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЯЖЕЛОЙ  
БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Ателектаз
- Б. Пиоторакс
- В. Абсцесс
- Г. Напряженный пневмоторакс

**71 ПК-2.2.1.** ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- А. \*Сульфаниламиды
- Б. Пенициллины
- В. Цефалоспорины
- Г. Нитрофураны

**Т72 ПК-2.2.1.** ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ПРИМЕНЯЮТ

- А. Тирозол
- Б. \*Соматропин
- В. Ибупрофен
- Г. Инсулин

**T73 ПК-2.2.2.** ДИЕТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОГРАНИЧЕННЫЕ

- А. Белков и жиров
- Б. \*Белков и углеводов
- В. Жидкости и соли
- Г. Жидкости и углеводов

**T74 ПК-2.2.2.** В ПЕРИОД ОЛИГУРИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТОВ БОГАТЫХ

- А. Натрием
- Б. Калием
- В.\* Белком
- Г. Пуринами

**T75 ПК-2.2.5.** ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО НАЗНАЧАЮТ

- А. Нестероидные противовоспалительные средства
- Б. Сердечные гликозиды
- В. Пульс терапию метипредом
- Г. \*Бета-адреноблокаторы
- Д.

**T76 ПК-2.2.5.** ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А. 5 % раствор глюкозы
- Б. 10% раствор альбумина
- В. 0,9 % NaCl
- Г. \*40 % раствор глюкозы

**T77 ПК-2.3.1** ЛИПОДИСТРОФИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ

- А. Димедрола
- Б. Кордиамина
- В. Гепарина
- Г. \*Инсулина

**T 78 ПК-2.3.1.** ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Цефалоспорины
- Б. Пенициллины
- В. \*Макролиды
- Г. Сульфаниламиды

**T79 ПК-2.3.2.** К БЛОКАТОРАМ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОТНОСЯТ

- А. Пропафенон
- Б. \*Амлодипин
- В. Атенолол
- Г. Фозиноприл
- Д.

**T80 ПК-2.3.2.** ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕБЕНКУ С ГЕМОФИЛИЕЙ А ПЕРЕД ЭКСТРАКЦИЕЙ ЗУБА ВВОДИТСЯ

- А. \*Криопреципитат

- Б. Дицинон
- В. Викасол
- Г. Преднизолон

**T81 ПК-2.3.5.** В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ

- А. Антибиотков
- Б. Антикоагулянтов
- В. \*Глюкокортикоидов
- Г. Ингибиторов АПФ

**T82 ПК-2.3.5.** ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Антибактериальная терапия
- Б. Фитотерапия
- В. Физиотерапия
- Г. Витаминотерапия

**T83 ПК-4.1.18** ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА АЛЬПОРТА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕФРИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. ЭЭГ
- Б. \*УЗИ органов брюшной полости
- В. Сканирование щитовидной железы
- Г. аудиометрию

**T84 ПК-4.1.18.** ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- А. Абдоминальном синдроме
- Б. \*Рецидивирующей инфекции мочевой системы
- В. Хроническом гломерулонефрите
- Г. Нефротическом синдроме

**Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (\*)**

#### Ситуационные задания

**С1 ОПК-2.1.6.** Ребенок жалуется на кровь в стуле, лихорадку, боль в животе, потерю массы тела и учащение стула.

#### Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие из этих симптомов являются «симптомами тревоги»?

#### Эталоны ответов:

1. Воспалительные заболевания кишечника.
2. Кровь в стуле, лихорадка, потеря массы тела.

**С2. ОПК-2.1.22.** Девочка В., 5 дней, от матери с группой крови А(II), Rh (-). В возрасте 12 часов появилась желтуха. При осмотре кожные покровы интенсивно желтые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, живот мягкий, печень + 3,5 см, селезенка +1, рефлексы новорожденного снижены. Общий анализ крови: гемоглобин - 152 г/л, эритроциты - 4,2 Т/л, ретикулоциты -6%, ц.п. - 0,99, лейкоциты - 12,0 Г/л, п/я - 6%, с - 49%, э - 1%, л - 36%, м -8%, СОЭ - 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямо́й - 328 мкмоль/л, прямо́й - 134 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз согласно классификации.
2. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

**Эталоны ответов:**

1. Гемолитическая болезнь новорождённых, желтушная форма вследствие Rh-несовместимости между матерью и ребёнком.
2. Лечение консервативное: фототерапия – помогает снизить уровень билирубина в крови, инфузионная терапия – для поддержания водно-электролитного баланса и дезинтоксикации, симптоматическая терапия – по показаниям (гепатопротекторы, препараты урсодезоксихолиевой кислоты). По показаниям - заменное переливание крови.

**С3 ОПК-2.1.29.** В детское нефрологическое отделение поступил ребенок 5 лет (масса тела 20 кг, рост 110 см), на основании клинико-лабораторных данных (наличие олигурии, отеков, выраженной протеинурии, азотемии, гипопроteinемии, дислипидемии) диагностирован острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом.

**Вопросы:**

1. Какая диета показана ребенку?
2. Каково целевое назначение диеты?
3. Каковы основные характеристики данной диеты?

**Эталоны ответов:**

1. Назначается бессолевая диета с умеренным ограничением белка (стол №7а по М.И. Певзнеру).
2. Целевое назначение диеты: уменьшение воспалительного процесса в почках, предупреждение прогрессирования заболевания путем ограничения белковой нагрузки, уменьшение отечного синдрома, азотемии, коррекция электролитных нарушений и кислотно-щелочного равновесия.
3. Общая характеристика диеты: энергетическая ценность диеты повышена за счет легкоусвояемых углеводов и растительных жиров; диета бессолевая, молочно-растительная или картофельно-яичная с ограничением экстрактивных веществ и острых приправ; белок животного происхождения ограничивается на 30% от возрастной нормы (количество белка в диете составляет 24г/сут, из расчета 1.2г/кг/сут); белок вводится за счет яиц, молока, а мясо, рыба, творог исключаются.

**С4 ОПК-2.2.32.** Ребенка 5 лет госпитализировали с предположением о целиакии.

**Вопросы:**

1. Какие диетические рекомендации Вы ему дадите до установления диагноза?
2. Какие диетические рекомендации Вы ему дадите после подтверждения диагноза?

**Эталоны ответов:**

1. Не менять диету до проведения биопсии
2. Строжайшая аглютеновая диета

**С5 ОПК-2.3.23.** Девочка, 9 лет, обратилась на прием к участковому врачу с жалобами на частые простудные заболевания, утомляемость, потливость, одышку при нагрузке. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные, влажные, легкий цианоз носогубного треугольника. Перкуторно: левая граница сердца кнаружи на 1,0 см от левой среднеключичной линии. Ритм неправильный, аритмия стоя и лежа, нежный систолический шум на верхушке и в 5 точке. ЧСС – 120-88-98 в мин. Отеков нет.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 120 в мин. ЭОС не отклонена. АВ-блокада 2 ст., одиночные желудочковые экстрасистолы. Рентгенография ОГК: легкие без очагов. КТИ 52%.

**Вопросы:**

1. Какие синдромы выявляются у ребенка?
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие показания для госпитализации детей с подозрением на миокардит?

**Эталоны ответов:**

1. Синдром недостаточности кровообращения 1 степени.
2. Неревматический миокардит с нарушением ритма и проводимости (желудочковая экстрасистолия, АВ-блокада 2 степени), ХСН 1.
3. Госпитализации подлежат дети с подозрением на острый миокардит. Экстренная госпитализация показана при выявлении изменений ЭКГ и/или признаков сердечной недостаточности, повышении уровня кардиоспецифических ферментов. Подозрение на миокардит у новорожденного требует немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии с возможностью мониторинга сердечного ритма и показателей гомеостаза.

**С6 ОПК-2.3.24.** Фиброколоноскопия позволила установить у ребенка с «симптомами тревоги» диагноз болезни Крона.

**Вопросы:**

1. Какие признаки по данным фиброколоноскопии позволили установить диагноз?
2. Какие отделы кишечника чаще поражаются при данном заболевании?

**Эталоны ответов:**

1. Прерывистый характер поражения, трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи; стриктуры, гранулемы.
2. Терминальный отдел подвздошной кишки, толстая кишка.

**С7 ОПК-2.3.25.** Мальчик, 11 лет поступил в стационар с жалобами на одышку, сердцебиения и кашель при небольшой физической нагрузке, повышенную утомляемость. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 90 уд/мин. ЭОС вертикальная. Повышение потенциалов миокарда левого желудочка, обоих предсердий. Нарушение процессов реполяризации передне-боковой и нижней стенок левого желудочка по типу систолической перегрузки. ЭхоКГ: Дилатация полости левого предсердия, незначительное увеличение левого желудочка (ЛЖ). Гипертрофия миокарда задней стенки ЛЖ. Сократительная функция миокарда ЛЖ на нижней границе нормы. Деформация контура правого желудочка. Повышение эхогенности и утолщение перикарда за боковой стенкой правого желудочка. Сепарация листков перикарда в базальной и средней части за ЗСЛЖ – 0,26 см. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ.

**Вопросы:**

1. Какой диагноз у ребенка согласно классификации?
2. Приведите классификацию данного заболевания.



#### **Эталоны ответов:**

1. Клинический диагноз: Рестриктивная кардиомиопатия, ХСН 2а. Осложнение: Серозный перикардит. Обоснование: на ЭКГ – умеренная тахикардия, повышение потенциалов миокарда левого желудочка, обоих предсердий, нарушение процессов реполяризации переднебоковой и нижней стенок левого желудочка по типу систолической перегрузки (проявление сердечной недостаточности, комбинированной гипертрофии миокарда). ЭхоКГ: проявления рестриктивной кардиомиопатии, осложненной серозным перикардитом.

2. Существуют 2 формы рестриктивной кардиомиопатии: фибропластический эндокардит Лёффлера; эндомиокардиальный фиброз Дэвиса.

**С8 ОПК-2.3.26.** У ребёнка диагностировали Синдром Жильбера.

#### **Вопросы:**

1. Какие рекомендации Вы ему дадите для профилактики желчекаменной болезни?
2. Почему эти больные склонны к развитию желчекаменной болезни?

#### **Эталоны ответов:**

1. Рекомендуется прием желчегонных трав, гепатопротекторов (урсосан, урсофальк), эссенциале, лив-52, холеретиков (холагол, аллохол, холосас) и витаминов группы В.

2. Это связано с недостаточным количеством желчных пигментов в составе желчи.

**С9 ОПК-2.3.28. ОПК-2.3.28.** Девочка 6 месяцев. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Диагностирована железодефицитная анемия легкой степени.

#### **Вопросы:**

1. Каковы недостатки при организации вскармливания ребёнка?
2. В какой коррекции питания нуждается ребенок?

#### **Эталоны ответов:**

1. Недостатком организации вскармливания является кормление цельным коровьим молоком.

2. Необходимо назначение адаптированной молочной смеси, обогащённой железом и другими минералами. Необходимо назначить первый прикорм в виде овощного пюре, а в дальнейшем на 2 недели раньше стандартной схемы назначается мясное пюре.

**С10 ОПК-2.3.29** Девочка 8 лет. Росла и развивалась соответственно возрасту. Поступила в отделение с жалобами на прибавку массы тела, снижение памяти, депрессию, замедление речи, движений, частые запоры. Объективно при поступлении: девочка вялая, на вопросы отвечает, долго раздумывая. Речь замедленная.

Гормональный профиль: ТТГ 67,3 Нмоль/л (↑), Т4св 24,5 мМЕ/л (↓), АТ к ТПО - 1178,0 (↑)

#### **Вопросы:**

1. Установите диагноз.
2. Какая терапия показана ребенку?
3. Какие рекомендации по наблюдению за ребенком Вы дадите?

#### **Эталоны ответов:**

1. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.
2. Охранительный режим (ограничить инсоляцию, физиопроцедуры на область головы и шеи); левотироксин от 50 мкг/сут до завтрака, йодомарин 150 мкг 1 раз в день после еды под контролем тиреоидного статуса.
3. Осмотр эндокринолога 1 раз в 3 месяца; контроль тиреоидного и иммунологического статуса, УЗИ щитовидной железы не реже 1 раза в 6 месяцев.

**С11 ОПК-4.1.2.** У мальчика 10 лет желтуха, гепатомегалия, гипербилирубинемия, высокие трансаминазы. Тесты на вирусные гепатиты отрицательные.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие обследования назначать в первую очередь?

#### **Эталоны ответов:**

1. Аутоиммунный гепатит
2. Профиль аутоантител при гепатите

**С12 ОПК-4.2.4.** Мальчик А., 1 года, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 8,0 кг), наличие одышки и цианоза, которые усиливаются при физическом или эмоциональном напряжении. При осмотре: кожные покровы и слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье. Интенсивный продолжительный систолический шум жесткого тембра с эпицентром во II-III межреберье слева от грудины. II тон ослаблен во втором межреберье слева от грудины. Печень и селезенка не увеличены.

#### **Вопросы:**

1. Какие синдромы выявляются у ребенка?
2. При каких заболеваниях они встречаются?
3. Какие врожденные пороки сердца сопровождаются центральным цианозом?

#### **Эталоны ответов:**

1. Синдром артериальной гипоксемии.
2. Артериальная гипоксемия характерна для врожденных пороков сердца «синего» типа (с цианозом). Может встречаться при заболеваниях органов дыхания, осложненных дыхательной недостаточностью.
3. Тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов.

**С13 ОПК-4.3.3.** У ребенка 9 мес. врач обратил внимание на выраженную бледность кожи и слизистых, сухость кожи. В легких выслушивается пуэрильное дыхание, тоны сердца учащены, приглушены, ритмичные, у верхушки и т. Боткина выслушивается непродолжительный систолический шум. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка на 1см., стул крошковатой консистенции, серого цвета.

Общий анализ крови: гемоглобин - 66 г/л, эритроциты - 2,9 Т /л, ц.п. 0,75, ретикулоциты 0,0005 Г/л лейкоциты 7,6 Г/л., э 1%, п/я 5%, с/я 28%, л 57%, м 9%, СОЭ 19 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Какой основной клинический синдром?
2. Какие изменения выявлены в анализе крови?

3. Каковы особенности красной крови здорового новорожденного ребенка?

**Эталоны ответов:**

1. Анемический
2. Гипохромная норморегуляторная анемия тяжелой степени, ускоренное СОЭ.
3. Повышено содержание гемоглобина (170-240 г/л) и эритроцитов ( $5-7 \cdot 10^{12}$  /л), ЦП от 0,9 до 1,3. Эритроциты имеют различную величину, преобладают макроциты. Встречаются ядерные формы эритроцитов-нормобласты.

**С14 ОПК-5.1.16.** Ребенок Ю. 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, головокружение, боли в сердце. Из анамнеза известно, что заболел постепенно, появилось головокружение, боли в сердце, слабость; жажда (в день выпивает 6-8 л жидкости), частое, обильное мочеиспускание. 3 месяца тому назад переболел клещевым энцефалитом, по поводу чего лечился в специализированном отделении. Объективно при поступлении: состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, сниженной эластичности; дыхание везикулярное; сердечный ритм правильный, тоны сердца приглушенные; живот мягкий, при пальпации безболезненный; печень и селезенка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.

**Эталоны ответов:**

1. Центральный несахарный диабет.
2. Суточный диуреза (полиурия, гипостенурия), КОС (снижение парциального давления кислорода, дефицит оснований), осмотр глазного дна, краниограмма (поражение центральной нервной системы).
3. Основной симптом: полиурия является результатом недостаточности эффектов антидиуретического гормона, обуславливающей снижение реабсорбции жидкости в дистальных отделах канальцев почек; что, в свою очередь, приводит к выведению почками большого количества неконцентрированной мочи. Полидипсия вызвана активацией нейронов центра жажды гипоталамуса в связи с гиперосмолярностью плазмы крови и гипогидратацией клеток организма, с этим в существенной мере связано плохое самочувствие и частые головные боли пациента.

**С15 ОПК-5.1.17.** Ребенок Миша К., 6 мес., заболел острой дизентерией. На 6-й день болезни на фоне частого жидкого стула до 8 раз в день с зеленью, слизью появилась рвота несколько раз за сутки, стал реже мочиться. На следующий день помочился за сутки всего два раза по 30-50 мл, рвота стала чаще, отказался от еды, на лице, голенях, передней брюшной стенке появились небольшие отеки.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние возникло у ребенка?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
3. Какая неотложная терапия показана ребенку?

**Эталоны ответов:**

1. Острая почечная недостаточность. Имеет место развитие преренальной ОПН у ребенка на фоне кишечной инфекции.
2. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, электролиты, калий,

кислотно-основное равновесие; катетеризация мочевого пузыря с целью учета почасового диуреза, полученную через катетер мочу исследовать на осмолярность, клеточный состав и электролиты; УЗИ почек с целью исключения урологической обструкции.

3. Внутривенное введение 0,9% раствора NaCl 20 мл/кг в течение первого часа заболевания с целью возмещения ОЦК и стабилизации гемодинамики. В конце инфузии внутривенное введение фуросемида 1-4 мг/кг. Если диурез не восстанавливается, повторное введение физ.раствора и фуросемида. Если диурез не увеличивается после повторной инфузии, ребенок экстренно переводится в гемодиализный центр.

**С16 ОПК-5.2.2.** Девочка П. 10 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на приступы тонических судорог, с потерей сознания от 30 сек. до нескольких минут, замедление речи, заторможенность, ухудшение зрения. Диагноз при поступлении: Синдром Романо - Уорда.

**Вопросы:**

1. К какому нарушению ритма сердца относится диагностированный у ребенка синдром?
2. Что является причиной внезапной сердечной смерти пациентов с синдромом Романо-Уорда?
3. Какой метод профилактики внезапной сердечной смерти является наиболее эффективным в данном случае?

**Эталоны ответов:**

1. Синдром удлиненного интервала QT.
2. Жизнеугрожающие желудочковые тахикардии.
3. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

**С17 ОПК-5.3.2** Девочка, 4 года, поступила в клинику с жалобами на жажду, учащенное мочеиспускание, слабость, рвоту. Болеет около 3-х недель, начало заболевания родители связывают с перенесенной респираторной вирусной инфекцией. При осмотре: девочка вялая, заторможенная, глаза закрыты, на вопросы не отвечает. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие, питание пониженное, мышечная гипотония, запах ацетона изо рта. Сахар крови — 20 ммоль/л, в анализе мочи: сахар — 5%, резко положительная реакция на ацетон.

**Вопросы:**

1. Каков предварительный диагноз?
2. Куда следует госпитализировать девочку?
3. С чего следует начать неотложную помощь?

**Эталоны ответов:**

1. Сахарный диабет I типа, тяжелое течение, впервые выявленный, кетоацидотическая кома.
2. Показана госпитализация в реанимационное отделение.
3. Оксигенотерапия. Инфузионная регидратация 0,9 % раствором натрия хлорида из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 - 30 минут, при транспортировке продолжить капельное введение того же раствора 10 мл/кг/ч в течение 1 - 2 часов (затем – 5 мл/кг/ч). Инсулинотерапия в/в из расчета 0,05-0,1 ЕД/кг/час.

**С18 ОПК-6.1.2.** Мальчик 6 лет, болен сахарным диабетом 2 года. Получает инсулинотерапию. Накануне чувствовал себя удовлетворительно. Утром отказался от завтрака, инъекция инсулина перед завтраком поставлена. В 10 часов утра состояние внезапно ухудшилось: появились бледность, потливость кожи, тремор рук, затем потерял сознание, начались клонико-тонические судороги. При осмотре: сознание отсутствует,

кожа влажная, мышечный тонус повышен, тризм жевательных мышц. Дыхание ровное, ритмичное, запаха ацетона нет.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние и на фоне какого заболевания развилось у ребенка?
2. Каковы неотложные мероприятия в данном случае?

**Эталоны ответов:**

1. Сахарный диабет I типа, тяжелое течение, декомпенсация, гипогликемическая кома.
2. При начальных признаках без потери сознания, насильственно накормить: сладкий чай с куском белого хлеба или сок; при необходимости прием углеводов повторить через 10 - 15 минут. При потере сознания в плане дифференциальной диагностики с другими видами ком показано срочное введение 20 - 50 мл 40 % раствора глюкозы в/в!

**С19 ОПК-7.1.14** Ребенок 7 лет направлен на госпитализацию с диагнозом "острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, без нарушения функции почек. При осмотре отмечается бледность кожи, отечность лица, уменьшение количества мочи. Со стороны сердца некоторое расширение границ сердца влево, систолический шум. АД 120/80 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Какой план обследования необходимо составить?
2. В каком лечении нуждается ребенок?
3. Какова цель назначения каждого из препаратов?

**Эталоны ответов:**

1. Общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимический анализ на белок, мочевины, креатинин, калий. УЗИ внутренних органов и ЭхоКГ. Мониторинг диуреза и АД.
2. Стол 7а. Антибактериальная терапия: пенициллин 100 000 ЕД/кг/сутки (амоксциллин per os 30 мг/кг/сут) - 10 дней. Мочегонные средства (фуросемид 0,5-1 мг/кг), ингибиторы АПФ (эналаприл 2,5-5 мг/сут или каптоприл 6,25 мг x 3 р\д). дезагреганты (курантил 2-3 мг/кг).
3. Антибактериальные препараты с целью полной эрадикации стрептококка. Диуретики с мочегонной целью и гипотензивным эффектом. Ингибиторы АПФ с гипотензивной целью Дезагреганты с целью улучшения внутривисцеральной гемодинамики.

**С20 ОПК-7.2.2.** Девочка 11 лет жалуется на повышение температуры тела до 39,7°C, рвоту, жидкий стул, раздражительность, головную боль, двигательное и психическое беспокойство, чувство жара, повышенную потливость, сердцебиение. Объективно: астенического телосложения, беспокойна, симптом «телеграфного столба», суетлива, взгляд напряжен, редкое мигание, экзофтальм. Кожа теплая, влажная, гиперемирована. Сердечные тоны громкие, тахикардия до 180 в 1 мин. АД 160/50 мм. рт. ст. Щитовидная железа увеличена диффузно, мягко-эластичная, II степени (по ВОЗ), безболезненная.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние развилось у ребенка?
2. Каков алгоритм оказания неотложной помощи?

**Эталоны ответов:**

1. Тиреотоксический криз.

2. Купирование гипертермического синдрома: физические методы охлаждения (влажное обертывание, обдувание вентилятором, пузырь со льдом на магистральные сосуды); в/м введение 50% раствора анальгина (из расчета 0,1 - 0,2 мл на 10 кг) + димедрол 1% раствор или супрастин 2% раствор (из расчета: для детей до 7 лет – 0,1 мл на 1 год жизни, старше 7 лет – 1 мл). Инфузионная терапия 0,9% раствор хлорида натрия и 5% раствор глюкозы в дозе 30 мл/кг в течение 4-х часов. Оксигенотерапия. Экстренная госпитализация.

**С21 ОПК-7.3.1.** У ребенка, рожденного в 28 недель гестации, массой 800,0, оценкой по шкале Апгар 1-2 балла, с рождения одышка до 85 в минуту, дыхание несинхронное, Ригидный сердечный ритм, аускультативно ослабленное дыхание в легких, рентгенологически – сетчатый рисунок легких, «воздушная» бронхограмма.

**Вопросы:**

1. Какой диагноз более вероятен в данном случае?
2. Какой основной патогенетический механизм в данном случае?
3. Какой основной препарат используется для лечения и каков способ его введения?

**Эталоны ответов:**

1. Синдром дыхательных расстройств (СДР), обусловленный дефицитом сурфактанта, или болезнь гиалиновых мембран.
2. Основной патогенетический механизм: дефицит
3. Основной препарат и способ его введения: введение экзогенного сурфактанта (например, Куросурф, Сурфактант-BL, Alveofact) эндотрахеально.

**С22 ПК-1.1.2.** Новорожденная девочка передана неонатологам в состоянии апноэ с тотальным цианозом. Апноэ сохраняется, несмотря на восстановление проходимости дыхательных путей, стимуляцию и проведение вентиляции с положительным давлением в течение 30 секунд. На 60 секунде ее частота сердечных сокращений составила 40 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние следует диагностировать?
2. Какова дальнейшая тактика в отношении новорожденного?

**Эталоны ответов:**

1. Тяжёлая асфиксия новорожденного
2. Дальнейшая тактика: продолжать ИВЛ под положительным давлением; интубация трахеи для обеспечения эффективной вентиляции легких; непрямой массаж сердца частотой 120 компрессий в минуту; введение адреналина для повышения ЧСС и улучшения кровообращения. Последующие действия: обеспечить венозный доступ, мониторинг ЧСС, сатурации кислорода, артериального давления; коррекция метаболических нарушений (ацидоз, гипогликемия), симптоматическая терапия (поддержание гемодинамики, водно-электролитного баланса, функции почек). Дополнительные исследования: рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭЭГ, лабораторные анализы (газы крови, общий анализ крови, биохимический анализ крови).

**С23 ПК-1.1.7.** У ребенка 2 лет частый обильный зловонный стул, склонность к респираторным инфекциям с явлениями бронхообструкции.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какое исследование подтвердит этот диагноз?

### Эталоны ответов:

1. Муковисцидоз.
2. Хлориды пота.

**С24 ПК-1.1.8.** У ребенка, 10 лет, внезапно появились беспокойство, чувство страха, слабость, резкое учащение сердцебиения. Объективно: Бледен, видна пульсация сосудов шеи, холодный пот на лбу. Пульс 180 ударов в 1 мин., слабого наполнения. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные, 180 ударов в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень у края реберной дуги, отеков нет.

### Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какой метод обследования необходимо назначить пациенту в первую очередь?
3. Какой алгоритм неотложной помощи в данном случае?

### Эталоны ответов:

1. Нарушение ритма сердца: пароксизмальная тахикардия.
2. Стандартная ЭКГ.
3. Экстренное купирование тахикардии с узким QRS комплексом на ЭКГ или без ЭКГ предполагает проведение вагусных проб, седативную терапию, при неэффективности: АТФ – фармакологический дефибриллятор, 1% р-р в/в, без разведения, быстро 0,1 мг/кг; в случае отсутствия эффекта АТФ повторяют в прежней дозе через 5 минут, затем в половинной дозе еще через 5 минут. При неэффективности: амиодарон, 5% (50 мг/мл), в/в капельно в дозе 5 мг/кг на физ. растворе или глюкозе.

**С25 ПК-1.1.9.** Ребенок А, 5 лет. Жалобы на появление сыпи на коже туловища и конечностей, боли в животе, припухлость голеностопных суставов. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ. Объективно: геморрагическая сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, в области ягодиц. Отечность голеностопных суставов, ограничение движений в них. Со стороны легких и сердца без патологии. Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены. Анализ крови: эритроциты - 4,2 Т/л, тромбоциты -245 Г/л, Нв-134 г/л, лейкоциты -10,8 Г/л, СОЭ-32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин. Анализ мочи без патологии.

### Вопросы:

1. Какой диагноз согласно классификации МКБ-10?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие возможны осложнения данного заболевания?

### Эталоны ответов:

1. Геморрагический васкулит, абдоминальная форма. D 69.0
2. Другие васкулиты (узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера), инфекционные заболевания (менингококковая инфекция, сепсис, энтеровирусная инфекция), тромбоцитопеническая пурпура, аллергические реакции.
3. Гломерулонефрит, желудочно-кишечные кровотечения, перфорация кишечника, артриты.

**С26 ПК-1.2.7** Ребенок в возрасте 1 года лечился в центральной районной больнице по поводу сальмонеллеза. В течение 10 дней получал гентамицин внутримышечно. Внезапно стал меньше мочиться, участилась рвота. На следующий день выделил за сутки 60 мл мочи.

### Вопросы:

1. Какое неотложное состояние развилось у ребенка?
2. Какой основной механизм развития почечной недостаточности в данном случае?
3. Каковы Ваши врачебные действия?

### Эталоны ответов:

1. Острая почечная недостаточность.
2. ОПН – ренальная (органическая), обусловленная нефротоксичностью гентамицина, связана с поражением тубулоинтерстициальной ткани почек.
3. Оценка уровня азотемии (креатинин, мочевины в сыворотке крови), уровня калия, натрия, КЩР. Мониторинг диуреза. Транспортировка в гемодиализный центр.

**С27 ПК-1.2.8.** Ребёнок лечится азатиоприном в связи с аутоиммунный гепатитом.

### Вопросы:

1. Почему ему требуется контроль лейкограммы?
2. Что заставит отменить азатиоприн?

### Эталоны ответов:

1. Из-за угрозы лейкопении, как побочного действия азатиоприна
2. Снижение лейкоцитов до 2 Г/л

**С28 ПК-1.2.9.** Мальчик Д., 15 лет, поступил с жалобами на головные боли в затылочной области, головокружения при смене положения тела, подъёмы АД до 150/80 мм рт. ст., тошноту. Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. Ритм сердца правильный, систолический шум на основании, в 5 точке, на верхушке. ЧСС – 84 уд/мин., АД – 145/85 мм рт. ст.

### Вопросы:

1. Есть ли отклонения уровня артериального давления у пациента, и на основании каких критериев Вы это установили?
2. Какова классификация заболевания в данном случае?
3. Каковы критерии постановки диагноза гипертонической болезни?

### Эталоны ответов:

1. У пациента имеет место артериальная гипертензия (АГ). Определение уровня АД у детей проводится путем сопоставления средних значений САД и ДАД, полученных по результатам 3-кратного измерения АД на одном визите, с 90 и 95-м перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента, приведенных в специальных таблицах. У подростков 16 лет используются единые критерии диагностики нормального (<130/85 мм рт. ст.), высокого нормального АД и АГ ( $\geq 130/85$  мм рт. ст. и  $\geq 140/90$  мм рт. ст. соответственно).

2. Выделяют АГ первичную, или эссенциальную, и вторичную, возникающую при заболеваниях почек, центральной нервной системы, эндокринной патологии, ятрогенную АГ (обусловленную приемом лекарственных средств) и др.

3. Диагноз гипертонической болезни устанавливается только у подростков 16 лет и старше в случае, когда первичная АГ сохраняется в течение 1 года и более, или в более раннем возрасте – при наличии поражений органов-мишеней.

**С29 ПК-1.2.10** На профосмотре в школе у девочки 16 лет выявлено увеличение щитовидной железы 1 степени. По результатам УЗИ: объем щитовидной железы увеличен до 13,8 см<sup>3</sup>, структура однородная, изоэхогенная, региональные лимфатические не визуализируются. При осмотре: рост 162 см, масса 54 кг. Телосложение правильное,



пропорциональное. Кожа физиологической окраски, нормальной влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 78 в 1 мин. АД — 120/80 мм рт. ст. Половое развитие Ma4Pu4Ax4Me2. Успеваемость в школе удовлетворительная.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз у ребенка можно установить?
2. На консультацию к какому специалисту необходимо направить ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить?

**Эталоны ответов:**

1. Предварительный диагноз — эндемический зоб.
2. Эндокринолог.
3. Необходимо назначение препаратов йода в лечебной дозе 200 мкг/сут.

**С 30 ПК-1.3.5.** Мальчик 8 лет, заболел остро: температура - 39,0°C, ЧД – 36 /мин, ЧСС 110 уд/мин, SO<sub>2</sub> = 88%, сухой болезненный кашель. При осмотре: втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Аускультативно: дыхание жесткое, справа ослабленное, выслушивается крепитация. Клинический анализ крови: Гемоглобин - 105 г/л, эритроциты – 3,8x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты – 18,6x10<sup>9</sup>/л, п/я – 10%, с/я – 61%, э – 1%, л – 23%, м – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно установить?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какова тактика лечения в данном случае?

**Эталоны ответов:**

1. Внебольничная правосторонняя пневмония, ДН II степени. Анемия легкой степени.
2. Рентгенография органов грудной полости.
3. Острый обструктивный бронхит, туберкулез
4. Ампициллин (25 мг/кг/сут.), контроль ОАК через 72 часа. Симптоматическая терапия.

**С31 ПК-1.3.6** В отделение реанимации переведена девочка, 15 лет из нефрологического отделения в связи с развитием анурии. Из анамнеза известно, что заболела остро, появилась макрогематурия, отеки лица. Поступила в нефрологическое отделение, где отеки стали распространенными, артериальная гипертензия до 160/110 мм рт ст. В общем анализе мочи белок 4 г/л, эритроциты - все поле зрения. Суточный белок 3 г/сут. В биохимии крови общий белок 42 г/л, холестерин 8 мкмоль/л, мочевина 35 ммоль/л, креатинин 500 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Какой клинический диагноз можно установить по имеющимся данным?
2. Какое дополнительное обследование установит морфологический вариант?
2. Каковы принципы терапии данного состояния?

#### **Эталоны ответов:**

1. Острая почечная недостаточность. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, гематурией, гипертензией, с нарушением функции почек, быстро прогрессирующее течение.
2. Нефробиопсия.
3. Агрессивная иммуносупрессивная терапия (пульсовые введения метилпреднизолона и циклофосфана). Проведение гемодиализа, коррекция АД.

**С32 ПК-1.3.7** Мальчик 2 мес., поступил в стационар с жалобами родителей на отказ от еды, рвоту, жидкий стул, резкую вялость. Дважды лечился по поводу кишечной инфекции. Из анамнеза известно, что первые два мальчика в семье умерли от кишечной инфекции в возрасте 1-го и 2-х месяцев. Объективно: выраженные симптомы дегидратации, кожные покровы гиперпигментированы, тургор тканей резко снижен, выраженная мышечная гипотония. Со стороны легких, сердца патологических симптомов не выявлено. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке не определяются.

#### **Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно предположить?
2. Какова тактика ведения ребенка?

#### **Эталоны ответов:**

1. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
2. Госпитализация в реанимационное отделение. Определить активность ренина, 17-гидроксипрогестерон.

**С33 ПК-2.1.2.** Новорожденному ребенку установлен диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма.

#### **Вопросы:**

1. Какая терапия показана ребенку согласно клиническим рекомендациям?

#### **Эталоны ответов:**

1. Введение витамина К, препарат «Викасол» в дозе 1-1,5 мг/кг/сут (0,1-0,15 мл/кг/сут)  
2-3 раза в сутки 2-4 дня, при неэффективности – СЗП 10-15 мл/кг или концентрированный препарат протромбинового комплекса.

**С34 ПК-2.1.5** Пациентке 15 лет. Больна сахарным диабетом 1 типа в течение 8-ми месяцев. На завтрак обычно ест кашу и бутерброд с сыром. Опаздывая на учебу и, сделав обычную дозу короткого инсулина перед завтраком, быстро выпила чай и съела бутерброд с сыром и отварное яйцо.

#### **Вопросы:**

1. Правильно ли поступила пациентка в данной ситуации?
2. Какие были погрешности в питании?

#### **Эталоны ответов:**

1. Нет, в данном случае пациентка была не права.
2. Сделав обычную дозу короткого инсулина, она вместо каши съела яйцо. Каша - это продукт из группы зерновых, т.е. углеводсодержащий продукт. А яйцо - это продукт из группы животных белков и на ХЕ мы его не рассчитываем. В результате пациентка не

набрала достаточное количество ХЕ. Не достигнут баланс между потребляемой пищей и дозой инсулина, что может привести к развитию гипогликемического состояния.

**С35 ПК-2.1.7** Мама с девочкой 10 лет обратилась к врачу с жалобами на появление мочи темного цвета. Из анамнеза выяснено, что девочка 10 дней назад перенесла ангину с повышением температуры до 39° и наложениями на миндалины. Объективно: отеков нет, при физикальном обследовании легких и сердца - без особенностей. В анализе мочи белок 0,35 г/л. Эпителий единичный в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, лейкоциты - единичные в поле зрения, цилиндры зернистые - 4 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Какой клинический диагноз в данной ситуации?
2. Каковы критерии диагностики данного заболевания?
3. Какие препараты необходимо назначить для лечения?

**Эталоны ответов:**

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом.
2. Диагноз выставлен согласно анамнезу (предшествующая ангина,) и клинко-лабораторным данным (наличие макрогематурии, протеинурии, но отсутствие отекающего синдрома, нормальное АД, олигурии также не описано).
3. Лечение: Стол №7. Антибактериальная терапия: пенициллин 100 000 ЕД/кг/сутки (амоксициллин per os 30 мг/кг/сут) - 10 дней. дезагреганты (курантил 2-3 мг/кг).

**С 36 ПК-2.2.1.** Мальчик 4 лет, заболел остро, температура до 39,4°С, озноб, болезненный непродуктивный кашель. При осмотре: ЧД – 42 /мин, ЧСС – 110 уд/ мин. SO<sub>2</sub> = 87%, заторможенность, бледность кожных покровов с выраженным румянцем на щеках, учащенное поверхностное дыхание, одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Аускультативно – ослабленное дыхание над зоной притупления. Ребенок госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Каков предварительный диагноз в данном случае?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какова стартовая антибактериальная терапия?

**Эталоны ответов:**

1. Правосторонняя нижнедолевая (крупозная) пневмония. ДН II степени.
2. Общий анализ крови, рентгенограмма органов грудной полости, бак.посев мокроты.
3. Амоксициллин 45-90 мг/кг/сутки внутривенно с переходом на прием внутрь при улучшении состояния.

**С37 ПК-2.2.2** В детское нефрологическое отделение поступил ребенок 4 лет, на основании клинко-лабораторных данных диагностировано обострение хронического вторичного пиелонефрита, оксалурия.

**Вопросы:**

1. Какая диета необходима ребенку?
2. Какое целевое назначение диеты?
3. Какова общая характеристика диеты?

#### Эталоны ответов:

1. Назначается щадящая диета (стол №5 по М. И. Певзнеру).
2. Создать условия для химического щажения эпителия канальцев почек.
3. Диета полноценная по содержанию основных пищевых веществ и энергии, с учетом наличия у ребенка гипероксалурии, из диеты исключаются продукты с повышенным содержанием витамина С и щавелевой кислоты. Рекомендуется увеличить прием жидкости на 50% от возрастной нормы в виде некрепкого чая, компотов, морсов или отваров из сухофруктов, слабощелочных минеральных вод.

**С38 ПК-2.2.5.** У ребенка 7 месяцев на фоне острой респираторной инфекции на 4 день заболевания ухудшилось состояние. Вновь повысилась температура до 37,8°C, появилась одышка экспираторного характера. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, единичные сухие свистящие. В общем анализе крови: лейкоциты  $5,8 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы – 14%, п/я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

#### Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какой алгоритм неотложной терапии у данного ребенка в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения)?

#### Эталоны ответов:

1. Острый обструктивный бронхит.
2. Рентгенография органов грудной клетки.
3. Ингаляция бронхолитиков (ипратропия бромид+фенотерол), ингаляционных кортикостероидов (будесонид, флутиказон).

**С39 ПК-2.3.1.** Ребенок 2 года, госпитализирован в стационар с жалобами на подъем температуры до 38,8°, сухой кашель 2 недели. Амбулаторно получил антибактериальную (цефотаксим), противовирусную (арбидол), симптоматическую (капли в нос, ингаляции, жаропонижающие препараты, муколитики) терапию. При осмотре: ЧД – 42/ мин. Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Аускультативно — жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, мелкопузырчатые хрипы справа в подлопаточной области на фоне ослабленного дыхания. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты -  $7,2 \times 10^9/\text{л}$ , э - 9%, с - 32%, п - 5%, л - 49%, м - 5%, СОЭ - 18 мм/ч.

#### Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. Какие группы антибактериальных препаратов показаны данному ребенку?
3. Как проводится диспансерное наблюдение после выписки из стационара?

#### Эталоны ответов:

1. Внебольничная правосторонняя пневмония, ДН 2.
2. Антибактериальная терапия — макролиды, защищенные пенициллины
4. Диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром, массаж, ЛФК, физиотерапия, адаптогены.

**С40 ПК-2.3.2.** Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Болен с первых дней жизни. С 8-ми месяцев ежегодно переносит пневмонии. Отмечается плохой аппетит, неустойчивый стул. Консультирован генетиком - мутации гена CFTR трансмембраной

регуляции. При поступлении масса 12 кг. ЧД — 42/ мин. ЧСС — 100 уд./мин. Отставание в физическом развитии, дефицит массы тела. Аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы.

#### **Вопросы:**

1. Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. Какое лечение рекомендовано в данном случае?
3. Какой рацион питания необходим?
4. Какие виды физической активности разрешены ребенку?

#### **Эталоны ответов.**

1. Муковисцидоз, смешанная форма.
2. Антибиотики (с учетом выделенного возбудителя), ингаляционная терапия с муколитиками (карбоцистеин, ацетилцистеин), аместительная ферментотерапия (креон, панкреозимин).
3. Питание полноценное, обогащение белками, жирами, овощами, фруктами, творогом, сыром.
4. Велосипед, плавание, дыхательная гимнастика.

**С41 ПК-2.3.5.** Девочка А., 6-ти лет, поступила с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, слышное на расстоянии. Эпизоды свистящего затрудненного дыхания отмечаются 1-2 раза в неделю, усиливаются при физической нагрузке, в ночное время 3-4 раза в месяц. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколадных конфет. При осмотре: состояние средней тяжести. Выдох удлинен. ЧД - 28 в 1 минуту. Аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких.

#### **Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз в данной ситуации можно предположить?
2. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?
3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?

#### **Эталоны ответов**

1. Бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести, неконтролируемое течение, приступный период, ДН2.
2. Лечение приступа БА: ингаляции  $\beta_2$ -агонистов возрастной дозе (сальбутамол, фенотерол, сальбутамол+фенотерол); ИГКС будесонид (пульмикорт) 250 мкг, оксигенотерапия, муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол(лазолван) по 1,0 мл 2 раза, ацетилцистеин.
3. Исследование функции внешнего дыхания – снижение ОФВ1, прирост после ингаляции бронхолитика на 12% и более).

**С42 ПК-4.1.8.** Ребенок 4 месяцев болеет в течение 2-х недель, когда появились катаральные явления в виде покраснения конъюнктив, сухой кашель, иногда приступообразный «коклюшеподобный», но без реприз. При осмотре: ЧД - 36 /мин, ЧСС - 120 уд/мин. Аускультативно – мелко- и среднепузырчатые хрипы диффузно с обеих сторон. После кашля количество хрипов уменьшается. В общем анализе крови: лейкоциты  $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 14%, п/я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз в данной ситуации можно предположить?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3. Какова дальнейшая профилактика заболевания?

**Эталоны ответов:**

1. Острый обструктивный бронхит.
2. С приступом бронхиальной астмы, внебольничной пневмонией.
3. Организация гипоаллергенного быта, питания, борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением. Профилактика ОРВИ.

