

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 № 2

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н., проф. А.В. Налетов

Фонд оценочных средств по дисциплине

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Специальность

31.05.02 Педиатрия

Донецк 2024

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

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК 2 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-2.1.6. Знает этиологию и патогенез заболеваний у детей.	T1 ОПК-2.1.6 T2 ОПК-2.1.6	C1 ОПК-2.1.6
	ОПК-2.1.22. Знает особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста.	T3 ОПК-2.1.22 T4 ОПК-2.1.22	C2 ОПК-2.1.22
	ОПК-2.1.29. 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.	T5 ОПК-2.1.29 T6 ОПК-2.1.29	C3 ОПК-2.1.29
	ОПК-2.2.28. Умеет обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию.	T7 ОПК-2.2.28 T8 ОПК-2.2.28	C4 ОПК-2.2.28

	ОПК-2.2.30. Умеет составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T9 ОПК-2.2.30 T10 ОПК-2.2.30	C5 ОПК-2.2.30
	ОПК-2.2.32. 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.	T11 ОПК-2.2.32 T12 ОПК-2.2.32	C6 ОПК-2.2.32
	ОПК-2.3.23. Владеет направлением детей на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T13 ОПК-2.3.23 T14 ОПК-2.3.23	C7 ОПК-2.3.23
	ОПК-2.3.25. Владеет Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	T15 ОПК-2.3.25 T16 ОПК-2.3.25	C8 ОПК-2.3.25
	ОПК-2.3.26. Владеет разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка.	T17 ОПК-2.3.26 T18 ОПК-2.3.26	C9 ОПК-2.3.26
	ОПК-2.3.28. Владеет назначением диетотерапии ребенку.	T19 ОПК-2.3.28 T20 ОПК-2.3.28	C10 ОПК-2.3.28
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	ОПК-4.1.4. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T21 ОПК-4.1.4 T22 ОПК-4.1.4	C11 ОПК-4.1.4
	ОПК-4.2.3. Умеет назначить метод обследования при	T23 ОПК-4.2.3	C12 ОПК-4.2.3

	конкретном заболевании с учетом возраста ребенка и его состояния.	T24 ОПК-4.2.3	
	ОПК-4.2.4. Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, лабораторного и инструментального обследования, формулировать предварительный диагноз.	T25 ОПК-4.2.4 T26 ОПК-4.2.4	C13 ОПК-4.2.4
	ОПК-4.3.1. Владеет проведением обследования пациента с целью установления диагноза.	T27 ОПК-4.3.1 T28 ОПК-4.3.1	C14 ОПК-4.3.1
	ОПК-4.3.3. Владеет интерпретацией данных клинических и дополнительных исследования детей по возрастно-половым группам.	T29 ОПК-4.3.3 T30 ОПК-4.3.3	C15 ОПК-4.3.3
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ОПК-5.1.17. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи, неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи.	T31 ОПК-5.1.17 T32 ОПК-5.1.17	C16 ОПК-5.1.17
	ОПК-5.2.2. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	T33 ОПК-5.2.2 T34 ОПК-5.2.2	C17 ОПК-5.2.2
	ОПК-5.3.2. Владеет оцениванием клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	T35 ОПК-5.3.2 T36 ОПК-5.3.2	C18 ОПК-5.3.2
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.1.3. Знает национальные программы, клинические рекомендации и протоколы по оказанию медицинской помощи.	T37 ОПК-7.1.3 T38 ОПК-7.1.3	C19 ОПК-7.1.3
	ОПК-7.1.5. Знает алгоритмы назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии с учетом возраста, нозологической формы и	T39 ОПК-7.1.5 T40 ОПК-7.1.5	C20 ОПК-7.1.5

	клинической картины заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	ОПК-7.1.15. Знает принципы, основные направления и тактику оказания неотложной медицинской помощи.	T41 ОПК-7.1.15 T42 ОПК-7.1.15	C21 ОПК-7.1.15
	ОПК-7.2.2. 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.	T43 ОПК-7.2.2 T44 ОПК-7.2.2	C22 ОПК-7.2.2
	ОПК-7.3.1. 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 медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T45 ОПК-7.3.1 T46 ОПК-7.3.1	C23 ОПК-7.3.1
Профессиональные компетенции (ПК)			
ПК-1. Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза.	ПК-1.1.6. Знает этиологию, патогенез болезней и состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья.	T47 ПК-1.1.6 T48 ПК-1.1.6	C24 ПК-1.1.6
	ПК-1.1.7. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование к	T49 ПК-1.1.7 T50 ПК-1.1.7	C25 ПК-1.1.7

	врачам специалистам с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
	ПК-1.1.8. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи.	T51 ПК-1.1.8 T52 ПК-1.1.8	C26 ПК-1.1.8
	ПК-1.2.7. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.	T53 ПК-1.2.7 T54 ПК-1.2.7	C27 ПК-1.2.7
	ПК-1.2.8. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований.	T55 ПК-1.2.8 T56 ПК-1.2.8	C28 ПК-1.2.8
	ПК-1.2.9. Умеет интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований детей по возрастно-половым группам.	T57 ПК-1.2.9 T58 ПК-1.2.9	C29 ПК-1.2.9
	ПК-1.2.10. Умеет обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам.	T59 ПК-1.2.10 T60 ПК-1.2.10	C30 ПК-1.2.10
	ПК-1.2.11. Умеет обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию.	T61 ПК-1.2.11 T62 ПК-1.2.11	C31 ПК-1.2.11
	ПК-1.3.5. Владеет направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T63 ПК-1.3.5 T64 ПК-1.3.5	C32 ПК-1.3.5
	ПК-1.3.6. Владеет оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи	T65 ПК-1.3.6 T66 ПК-1.3.6	C33 ПК-1.3.6
ПК-2. Способен к назначению лечения детям и контролю его	ПК-2.1.2. Знает современные методы медикаментозной терапии заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения),	T67 ПК-2.1.2 T68 ПК-2.1.2	C34 ПК-2.1.2

эффективности и безопасности.	порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	ПК-2.1.5. 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.	T69 ПК-2.1.5 T70 ПК-2.1.5	C35 ПК-2.1.5
	ПК-2.1.7. 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.	T71 ПК-2.1.7 T72 ПК-2.1.7	C36 ПК-2.1.7
	ПК-2.2.1. 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.	T73 ПК-2.2.1 T74 ПК-2.2.1	C37 ПК-2.2.1
	ПК-2.2.2. 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.	T75 ПК-2.2.2 T76 ПК-2.2.2	C38 ПК-2.2.2
	ПК-2.2.5. Умеет оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний; оказывать паллиативную	T77 ПК-2.2.5 T78 ПК-2.2.5	C39 ПК-2.2.5

	помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	ПК-2.3.1. Владеет разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка.	T79 ПК-2.3.1 T80 ПК-2.3.1	C40 ПК-2.3.1
	ПК-2.3.2. Владеет назначением медикаментозной, немедикаментозной терапии, диетотерапии.	T81 ПК-2.3.2 T82 ПК-2.3.2	C41 ПК-2.3.2
	ПК-2.3.5. Владеет оказанием медицинской помощи при внезапных острых состояниях и заболеваниях, обострении хронических заболеваний.	T83 ПК-2.3.5 T84 ПК-2.3.5	C42 ПК-2.3.5
ПК-4. Способен к проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы, среди детей и их родителей.	ПК-4.1.8. 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.	T85 ПК-4.1.8 T86 ПК-4.1.8	C43 ПК-4.1.8

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. САМЫМ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Пищевая аллергия
- Б. Глистная инвазия
- В. * Хеликобактер пилори
- Г. Стрессовые ситуации

Т2 ОПК-2.1.6. ПРИ ГЕМОФИЛИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДЕФЕКТ _____ ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА

- А. Смешанного
- Б. Сосудистого
- В. * Плазменного
- Г. Тромбоцитарного

Т3 ОПК-2.1.7. У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЛИХОРАДКИ БЕЗ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- А. * Общего анализа мочи
- Б. Общего анализа крови
- В. Биохимического анализа крови
- Г. УЗИ почек и мочевого пузыря

Т4 ОПК-2.1.7. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРОК РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Внутривенная урография
- Б. Биохимический анализ крови
- В. Микционная цистография
- Г. * УЗИ мочевого пузыря

Т5 ОПК-2.1.29. ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА СОКРАЩАЮТ ДО 1,0–0,5 Г/КГ В СУТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А. Цистита
- Б. Пиелонефрита
- В. * Гломерулонефрита
- Г. Интерстициального нефрита

Т6 ОПК-2.1.29. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСИ

- А. * На основе полного гидролиза белка
- Б. Адаптированные молочные
- В. Безлактозные
- Г. На основе козьего молока

Т7 ОПК-2.2.28. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Поликлиника
- Б. Местный кардио-ревматологический санаторий

- В. Диагностический центр
- Г. * Кардиоревматологическое отделение детской больницы

Т8 ОПК-2.2.28. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИНАР РЕБЕНКА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. Лихорадки выше 38,0°C красного типа
- Б. Железодефицитной анемии средней степени тяжести
- В. * Симптомов дыхательной недостаточности и гипоксемии ($SpO_2 \leq 92\%$)
- Г. Искусственного вскармливания

Т9. ОПК-2.2.30. РЕБЕНКУ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Бигуаниды
- Б. Диетотерапию
- В. * Простой инсулин
- Г. Инсулин длительного действия

Т10 ОПК-2.2.30. СРОКОМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ АНТИРЕЗУСНОГО ГЛОБУЛИН ЖЕНЩИНЕ С ГРУППОЙ КРОВИ 0(I)RH ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ, КОТОРАЯ РОДИЛА ПЕРВОГО РЕБЕНКА С ГРУППОЙ КРОВИ 0(I)RH ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ

- А. * 1-2 сутки
- Б. 3-4 сутки
- В. 5-6 сутки
- Г. 2-я неделя

Т11 ОПК-2.2.32. ДЕФИЦИТ БЕЛКОВОЙ ЧАСТИ РАЦИОНА У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ КОРРЕГИРУЕТСЯ

- А. Кашами
- Б. Кефиром
- В. *Творогом
- Г. Овощными пюре

Т12 ОПК-2.2.32. РЕБЕНКУ С БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЮТСЯ ОТЕКИ ВЕК, ГОЛЕНЕЙ, ОЛИГУРИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ

- А. * Без соли и мяса
- Б. Гипохлоридный
- В. Фруктово-сахарный
- Г. С ограничением мяса

Т13 ОПК-2.3.23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИНАР РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. * Симптомов интоксикации и рвоты
- Б. Лихорадки выше 37,5°C красного типа
- В. Дизурического синдрома
- Г. Вторичного характера пиелонефрита

T14 ОПК-2.3.23. РЕБЕНОК ДВУХ МЕСЯЦЕВ С ОРВИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИНАР ПРИ НАЛИЧИИ У НЕГО ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ БОЛЕЕ _____ В МИНУТУ

- А. 30
- Б. 40
- В. 50
- Г. * 60

T15 ОПК-2.3.25. У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ, У КОТОРОГО ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ – 150/90 ММ РТ. СТ, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А. Цистит
- Б. Пиелонефрит
- В. * Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- Г. Идиопатический нефротический синдром

T16 ОПК-2.3.25. У РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ, У КОТОРОГО НА ВТОРОЙ ДЕНЬ ОРВИ ПОЯВИЛСЯ «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА, РАССЕЯННЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А. Острый бронхит
- Б. Острый бронхиолит
- В. Острый обструктивный бронхит
- Г. * Острый обструктивный ларингит

T17 ОПК-2.3.26. РЕБЕНКУ С ГИПЕРВИТАМИНОЗОМ Д, ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Ферменты
- Б. Антибиотики
- В. Препараты кальция
- Г. * Регидратационную терапию

T18 ОПК-2.3.26. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ С ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИМ ПРИСТУПОМ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОКСИГЕНОТЕРАПИИ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ

- А. Эуфиллина, Дигоксина
- Б. Дигоксина, Фуросемида
- В. * Промедола, Анаприлина
- Г. Преднизолон, Дигоксина
- Д. Фуросемида, Преднизолон

T19 ОПК-2.3.28. ПРИ АГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ, НАЗНАЧАЕМОЙ ПРИ ЦЕЛИАКИИ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА ПИТАНИЯ

- А. Мясо
- Б. Сахар
- В. Молоко
- Г. * Злаковые

T20 ОПК-2.3.28. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-КАЛОРИЙНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСИ

- А. * С полным гидролизом белка

- Б. Антирефлюксные
- В. С частичным гидролизом белка
- Г. Безлактозные

T21 ОПК-4.1.4. ГЕРПЕТИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ

- А. Пятнисто-папулезной сыпи преимущественно на груди, животе, ягодицах
- Б. * Везикулярной сыпи с геморрагическим компонентом на коже и/или слизистых оболочках
- В. Белых творожистых налетов на слизистой оболочке полости рта
- Г. Больших пузырей с венчиком гиперемии по краю

T22 ОПК-4.1.4. ГРУБЫЙ, «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ЗАТРУДНЕННОЕ ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Обструктивного бронхита
- Б. Пневмонии
- В. * Острого обструктивного ларингита
- Г. Острого фарингита

T23 ОПК-4.2.3. ПРИ ОСТРОМ ПОСТИНФЕКЦИОННОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ДЛЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- А. * Титр АСЛ-О
- Б. Антинуклеарный фактор (АНФ)
- В. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)
- Г. С-реактивный белок

T24 ОПК-4.2.3. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА СЧИТАЮТ

- А. * Суточное внутрипищеводное рН-мониторирование
- Б. Выявление *Helicobacter pylori*
- В. Проведение ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки
- Г. Манометрия пищевода

T25 ОПК-4.2.4. У ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОГО ХАРАКТЕРА АНЕМИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ _____ АНЕМИЮ

- А. * Гемолитическую
- Б. Гипопластическую
- В. Витаминодефицитную
- Г. Апластическую

T26 ОПК-4.2.4. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

- А. * Пилоростенозе
- Б. Пилороспазме
- В. Адреногенитальном синдроме
- Г. Синдроме циклической рвоты

T27 ОПК-4.3.1. ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А. * Микционной цистографии

- Б. Цистоскопии
- В. Экскреторной урографии
- Г. УЗИ почек и мочевого пузыря

T28 ОПК-4.3.1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ПНЕВМОНИЯ» У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Рентгенограмма грудной клетки
- Б. Биохимический анализ крови
- В. Общий анализ крови
- Г. Газовый состав крови

T29 ОПК-4.3.3. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЁГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ _____ ПНЕВМОНИИ

- А. * Интерстициальной
- Б. Крупозной
- В. Очаговой
- Г. Сегментарной

T30 ОПК-4.3.3. ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-III МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. * Открытого артериального протока
- Б. Дефекта межжелудочковой перегородки
- В. Коарктации аорты
- Г. Тетрады Фалло

T31 ОПК-5.1.17. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А. * Спазмофилии
- Б. Гипервитаминозе Д
- В. Гиперпаратиреозе
- Г. Эпилепсии

T32 ОПК-5.1.17. У БОЛЬНОГО В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ, У КОТОРОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ГЛУБОКОЕ, ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ ТИПА КУССМАУЛЯ, МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ, СУХОСТЬ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, СНИЖЕНИЕ ТОНУСА ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК, ОЛИГУРИЯ, ЗАПАХ АЦЕТОНА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ _____ КОМУ

- А. Печеночную
- Б. * Кетоацидотическую
- В. Гиперосмолярную
- Г. Гипогликемическую

T33 ОПК-5.2.2. ВОЗНИКНОВЕНИЕ БЕСПОКОЙСТВА, ЧУВСТВА ГОЛОДА, ТРЕМОРА В КОНЕЧНОСТЯХ, БЛЕДНОСТИ КОЖИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, КОТОРЫЙ ПОЛУЧАЕТ ИНСУЛИН, СВЯЗАНО С РАЗВИТИЕМ

- А. Обморока
- Б. * Гипогликемического состояния
- В. Тяжелой гипергликемии
- Г. Острого расстройства мозгового кровообращения

Т34 ОПК-5.2.2. У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ С ПРИСТУПОМ РЕЗКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО БЕСПОКОЙСТВА И ОБЩЕГО ЦИАНОЗА, ОДЫШКОЙ, И ИМЕЮЩЕГО СТЕНОЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А. * Одышечно-цианотический приступ
- Б. Отек легких
- В. Отек мозга
- Г. Кишечную колику

Т35 ОПК-5.3.2. РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. * Анафилактическом шоке
- Б. Крапивнице
- В. Сывороточной болезни
- Г. Ангиотеке

Т36 ОПК-5.3.2. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

- А. * Острого обструктивного ларингита
- Б. Острого бронхита
- В. Приступа бронхиальной астмы
- Г. Обструктивного бронхита

Т37 ОПК-7.1.3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА _____ МГ/КГ/СУТКИ

- А. * 5
- Б. 4
- В. 3
- Г. 2

Т38 ОПК-7.1.3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИН Д₃ ДЛЯ РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕ В СУТКИ

- А. 500
- Б. * 1000
- В. 1500
- Г. 2000

Т39 ОПК-7.1.5. РЕБЕНКУ С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГЕМОФИЛИИ А ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- А. PPSB-плазма
- Б. Нативную плазму
- В. Донорскую кровь
- Г. * Концентрат VIII фактора свертывания

Т40 ОПК-7.1.5. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Фолиевую кислоту
- Б. Парентеральные препараты железа
- В. Переливание отмытых эритроцитов
- Г. * Пероральные формы препаратов железа

Т41 ОПК-7.1.15. ЗАДАЧЕЙ «С»-ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С АСФИКСИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Коррекция гемодинамики
- Б. Тактильная стимуляция дыхания
- В. Восстановление внешнего дыхания, вентиляция легких
- Г. Восстановление проходимости дыхательных путей

Т42 ОПК-7.1.15. ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТЕКЕ КВИНКЕ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- А. Гепарин
- Б. Седуксен
- В. Папаверин
- Г. * Преднизолон

Т43 ОПК-7.2.2. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МАЛЬЧИКУ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. УЗИ почек и мочевого пузыря
- Б. Анализ крови
- В. Консультацию уролога
- Г. * Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

Т44 ОПК-7.2.2. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЭКЛАМПСИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Кортикостероиды
- Б. Препараты кальция
- В. * Гипотензивные средства
- Г. Противосудорожные средства

Т45 ОПК-7.3.1. В ПЕРИОД РЕМИССИИ ПРИ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Риноскопическое исследование
- Б. Рентгенологическое исследование
- В. Бактериологическое исследование
- Г. * Специфическую аллергодиагностику

Т46 ОПК-7.3.1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТИПИЧНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Цефалоспорины
- Б. * Макролиды
- В. Аминопенициллины
- Г. Аминогликозиды

Т47 ПК-1.1.6. ОСНОВНЫМ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕХАНИЗМ

- А. Аллергический
- Б. Инфекционный
- В. Наследственный
- Г. * Иммунокомплексный

T48 ПК-1.1.6. САМЫМ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Пневмококк
- Б. Гемофильная палочка
- В. Микоплазма
- Г. Стафилококк

T49 ПК-1.1.7. РЕБЕНКУ 10 МЕСЯЦЕВ С ЛИХОРАДКОЙ 39,4°С, ВЯЛОСТЬЮ, БЛЕДНОСТЬЮ, ОТКАЗОМ ОТ ПРИЕМА ПИЩИ, ОДНОКРАТНОЙ РВОТОЙ, ЧАСТЫМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯМИ, МУТНОЙ МОЧОЙ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Анализ на суточную протеинурию
- Б. Анализ мочи на сахар
- В. Общий анализ крови
- Г. * Общий анализ мочи

T50 ПК-1.1.7. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ С ОБШИРНЫМИ ОТЕКАМИ, ОЛИГУРИЕЙ, АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 100/60 ММ РТ. СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ

- А. Мочевой кислоты
- Б. Общего билирубина
- В. * Креатинина и мочевины
- Г. Острофазовых показателей

T51 ПК-1.1.8. У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАХИТА II СТЕПЕНИ, ПЕРИОДА РАЗГАРА, ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ И С СУДОРОГАМИ В ВИДЕ КАРПОПЕДАЛЬНОГО СПАЗМА, КОТОРЫЕ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ПРОГУЛКИ НА УЛИЦЕ В ЯСНЫЙ СОЛНЕЧНЫЙ ДЕНЬ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А. Черепно-мозговую травму
- Б. * Спазмофилию
- В. Эпилепсию
- Г. Менингит

T52 ПК-1.1.8. ЗАПОДОЗРИТЬ РАЗВИТИЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА С ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ПО

- А. Появлению сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких
- Б. * Появлению влажных хрипов над всей поверхностью легких
- В. Повторному повышению температуры
- Г. Появлению локальных сухих свистящих хрипов

T53 ПК-1.2.7. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Небольшая дегидратация с умеренно высоким уровнем сахара в крови
- Б. Нормальный уровень сахара при избыточном количестве жидкости в организме
- В. * Тяжелая дегидратация с очень высоким уровнем сахара в крови (больше 50 ммоль/л)
- Г. Небольшая дегидратация с низким уровнем сахара в крови

T54 ПК-1.2.7. ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Запах ацетона изо рта, центральный цианоз

- Б. Влажные мелкопузырчатые хрипы в лёгких, влажный кашель
- В. * Гепатомегалия, периферические отеки
- Г. Тотальный цианоз, тахикардия

T55 ПК-1.2.8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Общий анализ крови
- Б. Коагулограмма
- В. * Трепанобиопсия
- Г. Протеинограмма

T56 ПК-1.2.8. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- А. * Коагулограмму
- Б. Клинический анализ крови
- В. Биохимический анализ крови
- Г. Миелограмму

T57 ПК-1.2.9. В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ИНДИКАТОРОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Повышение щелочной фосфатазы
- Б. Понижение непрямого билирубина
- В. Повышение амилазы
- Г. Понижение щелочной фосфатазы

T58 ПК-1.2.9. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Снижение количества панкреатической эластазы в кале
- Б. Повышение щелочной фосфатазы
- В. Наличие в кале скрытой крови
- Г. Повышение уровня амилазы крови

T59 ПК-1.2.10. РЕБЕНКУ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ КРОМЕ НАБЛЮДЕНИЯ У ВРАЧА-НЕФРОЛОГА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЕТСКОГО

- А. Хирурга
- Б. Ортопеда-травматолога
- В. Отоларинголога
- Г. * Уролога

T60 ПК-1.2.10. РЕБЕНКУ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЕТСКОГО

- А. Хирурга
- Б. Уролога
- В. Невропатолога
- Г. * Аллерголога-иммунолога

T61 ПК-1.2.11. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИНАР РЕБЕНКА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. Лихорадки выше 38,0°C красного типа
- Б. Железодефицитной анемии средней степени тяжести

- В. * Осложненной внебольничной пневмонии
- Г. Искусственного вскармливания

Т62 ПК-1.2.11. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИНАР РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. * Бактериемии и сепсиса
- Б. Лихорадки выше 37,5°C красного типа
- В. Дизурического синдрома
- Г. Вторичного характера пиелонефрита

Т63 ПК-1.3.5. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Коагулограмма
- Б. Стернальная пункция
- В. * Подсчет количества тромбоцитов
- Г. Определение времени свертывания крови

Т64 ПК-1.3.5. РЕБЕНКУ С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, СЛАБОСТЬ, РВОТУ «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» НЕОТЛОЖНО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Ректероманоскопию
- Б. Обзорную рентгенографию брюшной полости
- В. УЗИ брюшной полости
- Г. * Эзофагогастродуоденоскопию

Т65 ПК-1.3.6. У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, У КОТОРОГО ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ СЛАБОСТЬ, БЕСПОКОЙСТВО, ХОЛОДНЫЙ ПОТ, ДРОЖАНИЕ В МЫШЦАХ РУК И НОГ, ОНЕМЕНИЕ ЯЗЫКА, ТАХИКАРДИЯ, ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ _____ КОМУ

- А. * Гипогликемическую
- Б. Гиперосмолярную
- В. Кетоацидотическую
- Г. Лактатацидотическую

Т66 ПК-1.3.6. ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ _____ УДАРОВ В МИНУТУ

- А. 140
- Б. * 160
- В. 180
- Г. 200

Т67 ПК-2.1.2. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. * Макролиды
- Б. Цефалоспорины
- В. Аминогликозиды
- Г. Фторхинолоны

Т68 ПК-2.1.2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА 2-Х МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ МЕ

- А. 100
- Б. 300
- В. 500
- Г. * 1000

Т69 ПК-2.1.5. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ У РЕБЕНКА С МЛАДЕНЧЕСКОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А. Увеличить разовый объем и уменьшить число кормлений
- Б. * Уменьшить разовый объем и увеличить число кормлений
- В. Сохранить разовый объем и число кормлений
- Г. Уменьшить разовый объем и число кормлений

Т70 ПК-2.1.5. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

- А. Кабачок
- Б. Вишня
- В. * Рыба
- Г. Огурец

Т71 ПК-2.1.7. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- А. Преднизолон
- Б. Магния сульфат
- В. Фуросемид
- Г. * Диазепам

Т72 ПК-2.1.7. ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Плевральная пункция и дренаж
- Б. Возвышенное положение
- В. Положение на пораженной стороне
- Г. Интубация и искусственное дыхание

Т73 ПК-2.2.1. В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ

- А. * Интоксикации
- Б. Одышки
- В. Кашля
- Г. Приступа удушья

Т74 ПК-2.2.1. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- А. * Кальция глюконата
- Б. Неостигмина метилсульфата
- В. Лидокаина
- Г. Метамизола натрия

Т75 ПК-2.2.2. РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- А. * Постельным
- Б. Общим
- В. Палатным

Г. Полупостельным

Т76 ПК-2.2.2. К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ

- А. * Гречневая
- Б. Манная
- В. Овсяная
- Г. Ячневая

Т77 ПК-2.2.5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Будесонид
- Б. Дексаметазон
- В. Преднизолон
- Г. Гидрокортизон

Т78 ПК-2.2.5. РЕБЕНКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СЕПСИС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Десенсибилизирующие препараты
- Б. Жаропонижающие препараты
- В. Сульфаниламиды
- Г. * Антибиотики

Т79 ПК-2.3.1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Парентеральные препараты железа
- Б. Переливание отмытых эритроцитов
- В. * Пероральные формы препаратов железа
- Г. Парентеральные препараты железа

Т80 ПК-2.3.1. РЕБЕНКУ, У КОТОРОГО РЕЦИДИВИРУЕТ ГЕМОКОЛИТ, ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ АНЕМИИ, ПО ДАННЫМ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ОТМЕЧАЮТСЯ ТОТАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. * Препараты сульфамида
- Б. Антибиотики
- В. Пробиотики
- Г. Ферменты

Т81 ПК-2.3.2. САМЫМ ОПТИМАЛЬНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Глюконат кальция
- Б. Этамзилат натрия
- В. Фибриноген
- Г. * Викасол

Т82 ПК-2.3.2. ПРИ ЦЕЛИАКИИ АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА

- А. 6 месяцев
- Б. 1 год
- В. 3 года
- Г. * Всю жизнь

Т83 ПК-2.3.5. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СВЯЗАННОГО С БРОНХОСПАЗМОМ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ОПРАВДАНЫМ БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВАТОРОВ

- А. * β_2 -адренорецепторов
- Б. α -адренорецепторов
- В. β_1 -адренорецепторов
- Г. М-холинорецепторов

Т84 ПК-2.3.5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Морфин
- Б. Норандреналин
- В. Дигоксин
- Г. * Изоптин

Т85 ПК-4.1.8. РЕБЕНКУ 10 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА УЧАЩЕННЫЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ИМЕЮЩЕГО ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 186 УДАРОВ В МИНУТУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. * ЭКГ
- Б. ЭХО-КГ
- В. рентгенографию органов грудной клетки
- Г. Реоэнцефалографию

Т86 ПК-4.1.8. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Фракционный метод
- Б. Дыхательный тест
- В. Уреазный тест
- Г. * рН-метрия

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ОПК-2.1.6. Девочка 10 лет, находится в клинике по поводу кардита. Из анамнеза известно, что 2 недели назад у девочки было обострение хронического тонзиллита.

Вопросы:

1. Укажите, какой этиологический фактор кардита наиболее вероятен в этом случае.
2. Укажите, какие варианты стрептококковой инфекции могут предшествовать данному заболеванию.
3. Укажите, какой вероятный интервал времени между перенесенной стрептококковой инфекцией и дебютом данного заболевания.

Эталоны ответов:

1. Возбудителем данного заболевания является бета-гемолитический стрептококк группы А нефритогенные штаммы.
2. Данному заболеванию предшествует стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей (острый фарингит, острый тонзиллит).

3. Между стрептококковой инфекцией верхних дыхательных путей и дебютом данного заболевания проходит 7-14 дней.

С2 ОПК-2.1.22. Девочка 4,5 года. Жалобы на повторную рвоту (4 раза в течение часа), которая возникла после физической нагрузки (занятия танцами). Подобное состояние отмечалось дважды в течение последних 4-х месяцев. На момент осмотра температура 36,5°C. Беспокоит тошнота. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы чистые, обычного цвета и влажности. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите особенности анамнеза данного состояния.
3. Укажите, какие метаболические нарушения являются основой развития клинической картины данного состояния.

Эталоны ответов:

1. Синдром циклической рвоты. Ацетонемическое состояние.
2. К особенностям анамнеза при данном состоянии относятся: появление повторной рвоты после психоэмоционального перевозбуждения; повторение эпизодов рвоты.
3. Основным метаболическим синдромом при данном состоянии является кетоацидоз при нормальном уровне глюкозы крови.

С3 ОПК-2.1.29. Ребенок 3-х месяцев, страдает белково-энергетической недостаточностью II степени, алиментарного генеза, период реконвалесценции. Находится на этапе усиленного питания. Во время расчета питания возник дефицит белковой части рациона.

Вопросы:

1. Укажите, чем скорректировать недостаток белка.
2. Укажите потребность в белке ребенка данного возраста
3. Укажите примерную продолжительность данного этапа диетотерапии.

Эталоны ответов

1. Недостаток белка у ребенка 3-х месяцев корректируется введением в рацион питания творога.
2. Суточная потребность в белке у ребенка 3-х месяцев составляет 2,2 г/кг массы тела.
3. Нормализация белкового обмена – 7-14 дней. Нормализация других видов обмена – 3-4 недели.

С4 ОПК-2.2.28. Ребенок 8 месяцев. На протяжении 3 дней температура тела повышена до 38,5°C. Одышка до 50 дыханий в минуту. Кожные покровы бледные, постоянный периоральный цианоз. Перкуторно: легочный звук, сзади в нижних отделах участки укорочения легочного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над местом укорочения выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия до 128 ударов в минуту. SpO₂ - 86%). Рентгенологически в нижних отделах правого легкого отмечаются участки инфильтрации легочной ткани. Установлен диагноз внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.

Вопросы:

1. Укажите, где должен получать лечение данный ребенок.
2. Укажите, что является критерием госпитализации детей с внебольничной пневмонией (ВП).
3. Укажите, какие дети с ВП могут получать лечение в домашних условиях.

Эталоны ответов:

1. Ребенок должен лечиться в круглосуточном стационаре.
2. Наличие симптомов дыхательной недостаточности и гипоксемией ($SpO_2 \leq 92\%$); тяжелая ВП; осложненная ВП; дети первых 6 месяцев жизни с бактериальной ВП; дети с вероятной или верифицированной пневмонией, вызванной возбудителем с высокой вирулентностью (например, метицилин-резистентный штамм *S. aureus*); дети с ВП, адекватный уход за которыми и лечение в домашних условиях не могут быть обеспечены на должном уровне.
3. Дети с нетяжелой ВП, без гипоксемии ($SpO_2 > 92\%$), не имеющие «опасных» признаков (могут пить, нет повторной рвоты, нет судорог, нарушения сознания, нет тяжелой недостаточности питания).

С5 ОПК-2.2.30. У ребенка 20 дней, родившегося на 42 неделе беременности с массой 4500 г, отмечается адинамия, снижение аппетита, стридорозное дыхание. Мать болеет диффузным токсическим зобом, во время беременности принимала мерказолил. Объективно: температура тела $35,8^{\circ}C$, кожа сухая с желтоватым оттенком. На конечностях – отеки. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений – 106 ударов в минуту. Живот увеличен в размерах, печень на 3 см ниже края реберной дуги, пупочная грыжа.

Вопросы:

1. Укажите, какой метод исследования является самым информативным для установления диагноза.
2. Укажите предполагаемые результаты этих исследований.
3. Укажите, какое заболевание переносит данный ребенок.

Эталоны ответов:

1. Самым информативным для установления диагноза является определение уровня тиреотропного гормона, тироксина и трийодтиронина в крови.
2. Повышение уровня тиреотропного гормона и снижение уровней тироксина и трийодтиронина.
3. Врожденный гипотиреоз.

С6 ОПК-2.2.32. У ребенка десяти месяцев после введения прикорма в виде манной появился понос, вялость, снизилась прибавка массы тела. Стул обильный, зловонный. При осмотре: ребенок пониженного питания, живот увеличен в объеме. Тест толерантности к лактозе без нарушений. Установлен диагноз целиакия.

Вопросы:

1. Укажите основной метод лечения данного ребенка.
2. Укажите характеристику диеты для данного ребенка.
3. Укажите длительность назначения данной диеты.

Эталоны ответов:

1. Основным методом лечения целиакии является безглютеновая диета.

2. Исключают продукты из овса, пшеницы, ржи, ячменя. Можно назначить рис, гречку, кукурузу.
3. Данная диета назначается пожизненно.

С7 ОПК-2.3.23. У ребенка 10 месяцев, который неделю назад перенес ОРВИ, отмечаются вялость, снижение аппетита, бледность кожи, повторная рвота, лихорадка 38,8°C, частые мочеиспускания малыми порциями. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. В общем анализе мочи белок - 0,099 г/л, лейкоциты - 20-25 в поле зрения, Установлен диагноз острый пиелонефрит.

Вопросы:

1. Укажите, где должен получать лечение данный ребенок.
2. Укажите, что является критерием госпитализации детей с инфекцией мочевых путей.
3. Укажите длительность пребывания в стационаре при инфекции мочевых путей.

Эталоны ответов:

1. Данный ребенок должен быть госпитализирован в педиатрическое или нефрологическое отделение.
2. Дети до 6 месяцев жизни с фебрильной лихорадкой; дети с острым пиелонефритом с симптомами интоксикации и рвоты; отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию при наличии признаков обезвоживания; бактериемия и сепсис.
3. Длительность пребывания в стационаре при инфекции мочевых путей составляет не более 10-14 дней.

С8 ОПК-2.3.25. Ребенок 13 лет, перенес стрептодермию, при лечении которой получал парацетамол, витамины. На 12 день после болезни появилась вялость, снизился аппетит, отмечаются бледность кожи, пастозность и отеки лица, олигурия. Артериальное давление - 150/100 мм рт. ст.. В моче: удельный вес – 1030, белок – 1,2 г/л, эритроциты – 1/2 поля зрения. Креатинин крови – 52 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите период данного заболевания.
3. Оцените функцию почек у данного ребенка.

Эталоны ответов:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
2. Период начальных проявлений.
3. Без нарушения функции почек.

С9 ОПК-2.3.26. У девочки 15 лет, отмечаются недомогание, слабость, боль в области правого подреберья постоянного характера с периодическим усилением, лихорадка до 37,5°C. Боль возникла через 2 часа после приема жирной пищи. Пальпация живота болезненна в области правого подреберья. Печень +3 см, пузырьные симптомы положительные. На УЗИ желчного пузыря отмечается уплотнение и утолщение стенки. В общем анализе крови: лейкоциты - 12 Г/л; СОЭ - 20 мм/час.

Вопросы:

1. Укажите, с какой группы препаратов следует начать лечение данного ребенка.
2. Укажите, какие конкретные препараты Вы назначите данному ребенку.
3. Укажите длительность терапии данными препаратами.

Эталоны ответов:

1. Лечение данного ребенка необходимо начать с назначения антибиотиков.
2. При обострении хронического холецистита назначаются полусинтетические пенициллины (Амоксициллин), макролиды (Кларитромицин), цефалоспорины (Цефуроксим).
3. Длительность антибактериальной терапии при обострении хронического холецистита составляет 7-10 дней под контролем симптомов интоксикации, воспалительной реакции периферической крови.

С10 ОПК-2.3.28. Родители полуторамесячного ребенка, который находится на искусственном вскармливании, с рождения отмечают частый водянистый стул, срыгивания, метеоризм. Количество трипсина в кале и хлоридов в поте – в пределах нормы. Гликемическая кривая с нагрузкой лактозой: 4,3 - 4,36 - 4,2 ммоль/л. Тест толерантности к глюкозе не нарушен. Установлен диагноз первичная лактазная недостаточность.

Вопросы:

1. Укажите, что необходимо назначить ребёнку в первую очередь.
2. Укажите характеристику диеты для данного ребенка.
3. Укажите длительность назначения данной диеты.

Эталоны ответов:

1. Ребенку необходимо назначить безлактозную диету
2. Безлактозная диета для ребенка полутора месяцев представляет собой безлактозные молочные смеси, смеси на соевой основе.
3. Безлактозная диета назначается пожизненно.

С11 ОПК-4.1.4. Ребенок 10 лет, на протяжении последнего года жалуется на тупую боль в правом подреберье, которая возникает после приема жирной пищи. При проведении дуоденального зондирования в порции В выявлено большое количество кристаллов холестерина в соединении с кристаллами билирубината кальция.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит ребенок.
2. Укажите, какие лабораторные обследования необходимо назначить данному ребенку.
3. Укажите, какие инструментальные обследования необходимо провести данному ребенку.

Эталоны ответов:

1. Дискинезия желчевыводящих путей.
2. Данному ребенку необходимо исследовать активность щелочной фосфатазы, уровень сывороточного холестерина, общего билирубина и его фракций (диагностика биохимического синдрома холестаза).
3. Данному ребенку необходимо провести УЗИ печени и желчного пузыря с использованием холекинетического завтрака для определения формы дискинезии.

С12 ОПК-4.2.3. Мать ребенка 7 месяцев обратилась с жалобами на общий приступ клонико-тонических судорог с потерей сознания. Приступ длился 5 минуты. Находится на нерациональном искусственном вскармливании. При объективном обследовании: ребенок бледен, избыточного питания, голова квадратной формы, реберные "четки", грудная клетка деформирована. Ребенок не сидит.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание можно предположить у этого ребенка.
2. Укажите, какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза.
3. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить при проведении данных исследований.

Эталоны ответов:

1. Спазмофилия, явная форма, эклампсия. Рахит II степени, период разгара, подострое течение.
2. Для уточнения диагноза данному ребенку необходимо исследовать уровень кальция, фосфора, рН крови
3. Данный диагноз подтверждается выявлением снижения уровня ионизированного кальция, гиперфосфатемии, алкалоза.

С13 ОПК-4.2.4. У 4-х месячного ребенка, который находится на грудном вскармливании, с первых дней жизни отмечается частый водянистый стул. Дефицит массы 24 %. Стул 3-5 раз в сутки, жидкий, водянистый, пенистый с кислым запахом. Хлориды пота - 20,4 ммоль/л. Бактериальный посев кала - отрицательный. Показатели гликемии после нагрузки лактозой: 4,6 - 4,8 - 4,3 - 4,6 - 4,4 ммоль/л. Заподозрена лактазная недостаточность.

Вопросы:

1. Укажите, какое дополнительное исследование следует провести для подтверждения этого диагноза.
2. Укажите, какие данные анамнеза характерны для данного заболевания.
3. Укажите, какие клинические симптомы подтверждают данное заболевание.

Эталоны ответов:

1. Необходимости в проведении дополнительных исследований нет, так как показатели гликемии после нагрузки лактозой свидетельствуют о лактазной недостаточности.
2. Для данных анамнеза при первичной лактазной недостаточности характерно появление у ребенка, который находится на грудном вскармливании, симптомов заболевания с первых дней жизни.
3. Клиническими проявлениями лактазной недостаточности являются жидкий, водянистый, пенистый стул с кислым запахом, быстрое развитие белково-энергетической недостаточности.

С14 ОПК-4.3.1. У ребенка 5 лет в течение двух лет наблюдаются рецидивы заболевания, сопровождающегося повышением температуры тела до высоких цифр, вялостью, болями в животе, учащением мочеиспускания. В общем анализе мочи – белок 0,24 г/л, лейкоциты – ½ поля зрения, эритроциты – 3-4 в поле зрения. Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 Т/л, Нв – 106 г/л, лейкоциты – 17,4 Г/л, эозинофилы – 2 %,

палочкоядерные – 8 %, сегментоядерные – 63 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 7 %, СОЭ – 40 мм/час. Предположен хронический пиелонефрит.

Вопросы:

1. Укажите обследование, необходимое для уточнения причины хронизации заболевания.
2. Укажите характер пиелонефрита при выявлении изменений после проведения обследования.
3. Укажите, консультация какого специалиста понадобится при выявлении изменений после проведения обследования.

Эталоны ответов:

1. Для уточнения причины хронизации пиелонефрита ребенку необходимо провести микционную цистографию с целью выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса.
2. При выявлении пузырно-мочеточникового рефлюкса можно установить вторичный обструктивный характер пиелонефрита.
3. После выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса ребенка необходимо направить на консультацию детского уролога.

C15 ОПК-4.3.3. У ребёнка 3-х месяцев с открытым артериальным протоком по данным ЭХО-КГ при объективном обследовании выявлены: при перкуссии расширение границ сердца влево и вверх, при аускультации – систолический шум во 2 межреберье слева у грудины.

Вопросы:

1. Укажите особенности клинической картины врожденного порока сердца у данного ребенка.
2. Укажите причину появления этих особенностей.
3. Укажите, до какого возраста можно отмечать эту особенность при данном пороке.

Эталоны ответов:

1. Особенностью аускультации у ребенка раннего возраста с открытым артериальным протоком является отсутствие диастолического компонента шума при аускультации.
2. Причиной отсутствия диастолического компонента шума является незначительный градиент давления между аортой и легочной артерией в диастолу у детей раннего возраста.
3. Данная особенность отмечается у детей до 5 лет.

C16 ОПК-5.1.17. У ребенка 14 лет с бронхиальной астмой, возник приступ удушья, который длится 12 часов. Повторные ингаляции фенотерола и подкожное введение адреналина приступ не купировали. Объективно: состояние ребенка тяжелое, ребенок возбужден, периоральный цианоз, отмечается выраженная экспираторная одышка, дыхание шумное. При аускультации в легких хрипы отсутствуют ("немое легкое"). Артериальное давление - 95/45 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 110 ударов в минуту, пульс нитевидный.

Вопросы:

1. Укажите, какому состоянию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите особенности анамнеза при данном состоянии.

3. Укажите особенности клинической картины данного состояния.

Эталоны ответов:

1. Астматическое состояние II стадия
2. Анамнестическими критериями астматического статуса являются длительность приступа удушья более двух часов, отсутствие эффекта от эффективных до этого бронходилататоров.
3. Для клинической картины астматического статуса II стадия характерно шумное дыхание при наличии симптома «немого» легкого.

C17 ОПК-5.2.2. У 3-х летнего ребенка наблюдаются приступы, которые сопровождаются цианозом, резким беспокойством, приседанием на корточки. Объективно: деформация фаланг пальцев в виде «барабанных палочек», ногти в форме «стекла часов». Границы сердечной тупости смещены вправо, в II-IV межреберье возле левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, II тон на основании сердца ослабленный. На рентгенограмме сердце в виде «деревянного башмачка», легочный рисунок выражен слабо.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите причину возникновения данного неотложного состояния.
3. Объясните причину появления изменений при перкуссии и аускультации сердца.

Эталоны ответов:

1. Тетрада Фалло. Одышечно–цианотический приступ.
2. Патогенетической причиной возникновения одышечно-цианотического приступа является спазм инфундибулярного отдела легочной артерии.
3. Смещение границ сердца вследствие гипертрофии правого желудочка, ослабление II тона над легочной артерией вследствие гипотензии в данном сосуде, систолический шум вследствие стеноза легочной артерии и дефекта межжелудочковой перегородки.

C18 ОПК-5.3.2. Через несколько минут после внутримышечного введения пенициллина ребенку 6 лет состояние его резко ухудшилось. Отмечались резкая слабость, тошнота, бледность кожи, холодный пот, крапивница. У матери больного ребенка регистрировалась медикаментозная аллергия на антибактериальные препараты.

Вопросы:

1. Укажите, какое неотложное состояние развилось у данного состояния.
2. Укажите причину развития данного состояния.
3. Укажите основные клинические проявления данного состояния.

Эталоны ответов:

1. Анафилактический шок на введение лекарственного препарата.
2. Причиной развития анафилактического шока у данного ребенка является введение антибиотика пенициллиновой группы.
3. Основными клиническими проявлениями анафилактического шока у этого ребенка являются резкая слабость, тошнота, бледность кожи, холодный пот.

С19 ОПК-7.1.3. У ребенка 2,5 месяцев появились гипотония мышц, потливость, облысение затылка, размягчение краев большого родничка при пальпации. Ребенок находится на искусственном вскармливании. Профилактика рахита не проводится.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите основной метод лечения данного заболевания.
3. Укажите длительность терапии данного заболевания.

Эталоны ответов:

1. Рахит I степени, начальный период, острое течение.
2. Основным методом лечения рахита легкой степени является назначение витамина Д в дозе 2000 МЕ ежедневно.
3. Лечебная доза витамина Д назначается на 30 дней, затем – прием профилактической дозы витамина Д.

С20 ОПК-7.1.5. У ребенка 6 месяцев отмечается приступ резкого двигательного беспокойства и общего цианоза. Приступ повторный. Предыдущие приступы появились после 2-х месяцев, были кратковременными. С рождения выявлен стеноз легочной артерии. Объективно: частота дыханий - 70 в минуту, частота сердечных сокращений - 174 удара в минуту. Диурез снижен. Установлен диагноз Тетрада Фалло, одышечно-цианотический приступ.

Вопросы:

1. Укажите, какое положение необходимо придать ребенку.
2. Укажите, с какой группы препаратов необходимо начать оказание неотложной помощи ребенку.
3. Укажите группу препаратов для устранения патогенетической причины данного состояния.

Эталоны ответов:

1. В начале оказания неотложной помощи при одышечно-цианотическом приступе ребенку необходимо придать положение с приведенными к груди ногами для увеличения потока крови через легочную артерию.
2. Неотложную помощь необходимо начать с введения седативных препаратов (седуксен, промедол) с целью устранения резкого двигательного беспокойства.
3. Для устранения спазма инфундибулярного отдела легочной артерии необходимо ввести бета-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин).

С21 ОПК-7.1.15. У девочки в возрасте 5 дней наблюдается многократное рвота "фонтаном", жидкий стул, потеря массы тела. Кожа сухая, тургор тканей резко снижен, сердечные тоны глухие. Артериальное давление - 60/30 мм рт. ст. Отмечаются увеличение клитора, мошонкоподобные половые губы. Установлен диагноз Адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма.

Вопросы:

1. Укажите, какое неотложное состояние развилось у ребенка.
2. Укажите основные направления неотложной терапии.
3. Укажите, какие препараты противопоказаны при данном состоянии.

Эталоны ответов:

1. Острая надпочечниковая недостаточность.

2. Основными направлениями неотложной помощи при острой надпочечниковой недостаточности являются заместительная терапия глюкокортикоидами (гидрокортизон) и минералокортикоидами (флудрокортизон) внутривенно струйно; с целью регидратации внутривенное капельное введение растворов 5 % глюкозы и 0,9 % натрия хлорида.

3. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома противопоказаны растворы, содержащие калий.

С22 ОПК-7.2.2. В клинику доставлена девочка 6 месяцев в состоянии резкого двигательного беспокойства и общего цианоза. Приступ повторный. Предыдущие приступы появились после 4 месяцев, были кратковременными. С рождения выявлен стеноз легочной артерии. При осмотре: девочка резко беспокойная, резкий цианоз, мраморность и повышенная потливость кожи. Одышка - 72 дыхания в мин., частота сердечных сокращений - 184 удара в мин.. Печень на 3 см ниже реберного края. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Укажите, какой синдром развился у ребенка.
2. Укажите, какое положение необходимо придать ребенку при оказании неотложной помощи.
3. Укажите основные препараты для оказания неотложной помощи этому ребенку.

Эталоны ответов:

1. У ребенка развился одышечно-цианотический приступ.
2. При оказании неотложной помощи ребенку необходимо придать положение с приведенными к груди ногами с целью увеличения потока крови через легочную артерию.
3. Основными направлениями неотложной терапии при одышечно-цианотическом приступе являются оксигенотерапия; седативные препараты (седуксен, промедол); бета-блокаторы (обзидан, анаприлин); инфузионная терапия.

С23 ОПК-7.3.1. У ребенка 7 месяцев, который находится на искусственном вскармливании, отмечается мышечная гипотония, облысение затылка, выражены теменные и лобные бугры черепа. Грудная клетка деформирована, «куриная» грудь. На запястьях – «рахитические браслеты». Печень – на 3 см ниже края реберной дуги. В анализе крови – анемия легкой степени.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите основной метод лечения данного заболевания.
3. Укажите, в чем заключается профилактика данного заболевания у детей грудного возраста.

Эталоны ответов:

1. Рахит II, период разгара, подострое течение.
2. Основным методом лечения рахита средней степени тяжести является назначение витамина Д в суточной дозе 2500 МЕ в течение 45 дней.
3. Профилактика рахита у детей до 3-х лет заключается в назначении витамина Д в суточной дозе 1000 МЕ.

С24 ПК-1.1.6. У больного 11 лет, через 2 недели после скарлатины появились общая слабость, головная боль, уменьшилось количество выделяемой мочи. При осмотре: кожные покровы бледные, отеки на лице. Артериальное давление - 140/100 мм рт. ст.. Общий анализ мочи: белок - 1,2 г/л, эритроциты – 1/4 поля зрения, эритроцитарные цилиндры - 10-15 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, холестерин – 5,4 ммоль/л. Установлен диагноз Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный возбудитель данного заболевания.
2. Укажите основной патогенетический механизм воспаления при данном заболевании.
3. Укажите механизм возникновения гипертензии у данного ребенка.

Эталоны ответов:

1. Возбудителем данного заболевания является бета-гемолитический стрептококк группы А нефритогенные штаммы.
2. Основным патогенетическим механизмом иммунного воспаления при остром постстрептококковом гломерулонефрите является иммунокомплексный механизм.
3. Снижение кровообращения в капиллярах клубочков приводит к ишемии участков почки, повышается активность юкстагломерулярного аппарата почек, вследствие чего повышается выработка ренина с последующей активацией коры надпочечников и повышенным выбросом альдостерона.

С25 ПК-1.1.7. Ребенок 8 месяцев, доставлен в приемный покой детской больницы с приступом генерализованных клонико-тонических судорог. При осмотре выявлены гиперплазия лобных бугров, «рахитические четки», Гаррисонова борозда, «рахитические браслеты». У ребенка заподозрена Спазмофилия на фоне рахита.

Вопросы:

1. Укажите, какие лабораторные обследования необходимо провести для подтверждения данного диагноза.
2. Укажите вероятные результаты данных исследований.
3. Укажите, консультация какого специалиста может понадобиться при рецидивировании данного состояния.

Эталоны ответов:

1. Для подтверждения диагноза спазмофилии необходимо исследовать уровни ионизированного кальция и фосфора в крови, рН крови.
2. Снижение уровня ионизированного кальция в крови, гиперфосфатемия, алкалоз.
3. Консультация детского невропатолога после проведения электроэнцефалографии для исключения эпилепсии.

С26 ПК-1.1.8. Ребенок 8 лет, поступил в клинику без сознания. Установлено, что 2 месяца назад у него появились полиурия, полидипсия, похудение. Последние 3 дня отмечались боль в животе, изжога, повторная рвота, головная боль. На фоне нарастания указанных симптомов усилилась заторможенность, дыхание стало глубоким и шумным, появился запах, напоминавший “моченые яблоки”.

Вопросы:

1. Укажите состояние, которое вероятнее всего сопровождается данной симптоматикой.
2. Укажите основные клинические симптомы данного заболевания.
3. Укажите признаки, которые указывают на декомпенсацию данного заболевания.

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, декомпенсированный. Диабетическая кетоацидотическая кома
2. Основными клиническими проявлениями сахарного диабета являются полиурия, полидипсия, похудение.
3. На декомпенсацию сахарного диабета указывают проявления кетоновой интоксикации (запах ацетона изо рта, боль в животе, головная боль), кетоацидоза (частое шумное дыхание, повторная рвота, нарушения сознания).

С27 ПК-1.2.7. Ребенок 10 лет, госпитализирован в клинику без сознания. 2 года болеет сахарным диабетом, получает Ново Рапид и Лантус. В школе на уроке физкультуры внезапно потерял сознание, отмечались судороги. Состояние тяжелое, без сознания, кожа влажная, бледная, язык влажный. Ригидность затылочных мышц. Частота дыхания - 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений – 118 ударов в минуту. Артериальное давление - 110/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите, какие данные анамнеза характерны для данного состояния.
3. Укажите основные клинические симптомы данного состояния.

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет. Гипогликемическая кома.
2. Для данных анамнеза при гипогликемической коме характерно внезапное начало, активная физическая нагрузка после введения обычной дозы инсулина.
3. Клиническими проявлениями гипогликемического состояния является коматозное состояние, влажность кожи, бледная, ригидность затылочных мышц, судороги, нормальное артериальное давление.

С28 ПК-1.2.8. Ребенка 10 лет беспокоят жалобы на повышенную потливость, ощущение жара, субфебрилитет. Объективно: тремор конечностей, красный стойкий дермографизм, тахикардия, экстрасистолия, экзофтальм, увеличение щитовидной железы, ощущения страха смерти.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание можно предположить у этого ребенка.
2. Укажите лабораторные показатели, которые могут подтвердить предварительный диагноз.
3. Укажите инструментальное обследование, которое необходимо провести в данном случае.

Эталоны ответов:

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса).
2. Для подтверждения диагноза ребенку необходимо исследовать уровень тиреоидных гормонов в крови.

3. При наличии увеличения щитовидной железы и признаков гипертиреоза ребенку показано проведение УЗИ щитовидной железы.

С29 ПК-1.2.9. У ребенка 10 месяцев с рождения отмечается частый навязчивый кашель с вязкой мокротой. После введения прикормов появились жидкие испражнения с неприятным запахом, ребенок стал вялым, дефицит массы тела - 26 %. Хлориды пота – 110 мэкв/л. Исследование ДНК – наличие двух мутаций в гене, который отвечает за структуру трансмембранного регуляторного белка (ТРБМ).

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит ребенок.
2. Укажите лабораторное обследование, которое подтверждает этот диагноз.
3. Укажите, о чем свидетельствует наличие двух мутаций в ТРБМ-гене.

Эталоны ответов:

1. Муковисцидоз с панкреатической недостаточностью.
2. Данный диагноз подтверждается повышением уровня хлоридов пота.
3. Наличие двух мутаций в ТРБМ-гене свидетельствует о том, что данный ребенок является гомозиготным больным муковисцидозом.

С30 ПК-1.2.10. У ребенка 6 лет в течение трех лет наблюдаются рецидивы заболевания, сопровождающегося повышением температуры тела до высоких цифр, тошнотой, рвотой, вялостью, болями в животе, учащением мочеиспускания. В общем анализе мочи – белок 0,12 г/л, лейкоциты – все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3 Т/л, Нв – 108 г/л, лейкоциты – 20,4 Г/л, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 8 %, сегментоядерные – 63 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 7 %, СОЭ – 42 мм/час. Предположен хронический пиелонефрит.

Вопросы:

1. Укажите обследование, необходимое для уточнения причины хронизации заболевания.
2. Укажите характер пиелонефрита при выявлении изменений после проведения обследования.
3. Укажите, консультация какого специалиста понадобится при выявлении изменений после проведения обследования.

Эталоны ответов:

1. Для уточнения причины хронизации пиелонефрита ребенку необходимо провести микционную цистографию для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса.
2. Вторичный обструктивный.
3. При выявлении пузырно-мочеточникового рефлюкса для выработки тактики дальнейшего лечения и наблюдения ребенку показана консультация детского уролога.

С31 ПК-1.2.11. Ребенок 10 мес. На протяжении 4-х дней температура тела повышена до 39,0°С. Одышка до 60 дыханий в минуту. Кожные покровы бледные, постоянный периоральный цианоз. Перкуторно: легочный звук, сзади в нижних отделах участки укорочения легочного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над местом укорочения выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия до 140 ударов в минуту. SpO₂ - 86%). Рентгенологически в нижних отделах с обеих сторон отмечаются участки инфильтрации легочной ткани. Установлен диагноз внебольничная двусторонняя очаговая пневмония.

Вопросы:

1. Укажите, где должен получать лечение данный ребенок.
2. Укажите, что является критерием госпитализации детей с внебольничной пневмонией (ВП).
3. Укажите, какие дети с ВП могут получать лечение в домашних условиях.

Эталоны ответов:

1. Ребенок должен лечиться в круглосуточном стационаре.
2. Наличие симптомов дыхательной недостаточности и гипоксемией ($SpO_2 \leq 92\%$); тяжелая ВП; осложненная ВП; дети первых 6 месяцев жизни с бактериальной ВП; дети с вероятной или верифицированной пневмонией, вызванной возбудителем с высокой вирулентностью (например, метицилин-резистентный штамм *S. aureus*); дети с ВП, адекватный уход за которыми и лечение в домашних условиях не могут быть обеспечены на должном уровне.
3. Дети с нетяжелой ВП, без гипоксемии ($SpO_2 > 92\%$), не имеющие «опасных» признаков (могут пить, нет повторной рвоты, нет судорог, нарушения сознания, нет тяжелой недостаточности питания).

С32 ПК-1.3.5. У девочки 12 лет отмечаются боль в поясничной области, лихорадка $38,8^\circ\text{C}$, общая слабость, снижение аппетита. Кожа бледная. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белок – 0,32 г/л, эритроциты – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – все поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит ребенок.
2. Укажите, какое лабораторное обследование необходимо провести ребенку перед началом лечения.
3. Укажите инструментальное обследование, которое необходимо провести в острый период заболевания.

Эталоны ответов:

1. Острый пиелонефрит.
2. Перед началом антибактериальной терапии ребенку необходимо провести бактериальное исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам.
3. В острый период заболевания проводится УЗИ почек и мочевого пузыря.

С33 ПК-1.3.6. У ребенка 10 лет отмечаются отеки на лице, нижних конечностях, лихорадка - $37,5^\circ\text{C}$, жалобы на головную боль, рвоту. На протяжении 2-х недель на коже отмечались элементы стрептодермии. Артериальное давление - 135/85 мм рт. ст. В общем анализе мочи: цвет “мясных помоев”, белок – 1,0 г/л, лейкоциты – 4-6 в поле зрения, эритроциты – все поле зрения, измененные. Биохимический анализ крови: общий белок – 61 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л. На второй день от начала заболевания у ребенка возникла резкая головная боль, диплопия, амавроз, артериальное давление - 170/110 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите, какое неотложное состояние развилось у ребенка.
3. Укажите основные клинические проявления этого состояния.
- 4.

Эталоны ответов:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
2. У ребенка развилась почечная эклампсия.
3. Клиническими проявлениями почечной эклампсии являются: усиление головной боли; появление глазных симптомов (диплопия, амавроз); нарастание артериальной гипертензии; при отсутствии адекватной терапии могут появиться судороги и потеря сознания.

С34 ПК-2.1.2. У мальчика 11 месяцев во время крика появилось шумное свистящее дыхание, цианоз кожи, холодный пот, наступила кратковременная остановка дыхания, затем - тонические судороги в ногах и руках. Через несколько минут мальчик снова стал активным. При осмотре отмечаются «башенный» череп, деформированная грудная клетка, рахитические «четки» на ребрах.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит ребенок.
2. Укажите, какой препарат необходимо ввести ребенку для купирования судорог.
3. Укажите, какой препарат необходимо использовать для лечения ребенка после купирования судорог.

Эталоны ответов:

1. Спазмофилия, явная форма, ларингоспазм. Рахит II степени, подострое течение, период разгара.
2. Купирование судорог необходимо начать с внутримышечного введения транквилизаторов (реланиум, сибазон), при неэффективности – внутримышечное введение нейролептиков (аминазин), при неэффективности – внутривенное введение натрия оксibuтирата.
3. После купирования судорог ребенку необходимо вводить внутривенно медленно глюконат кальция.

С35 ПК-2.1.5. Ребенку 1,5 года. После введения прикорма, на протяжении последних месяцев отмечается потеря аппетита, поносы с выделением большого количества кала, иногда рвота, температура тела 36,6°C. Масса тела 7,5 кг. От обследования родители категорически отказываются.

Вопросы:

1. Укажите, что следует исключить из рациона питания ребенка прежде всего.
2. Укажите причину возникновения данного состояния у ребенка.
3. Укажите, какое заболевание можно предположить у ребенка.

Эталоны ответов:

1. В первую очередь из рациона питания ребенка необходимо исключить злаковые продукты.
2. Причиной возникновения данного состояния является непереносимость ребенком глютена.
3. У ребенка можно предположить целиакию.

С36 ПК-2.1.7. У ребенка 12 лет, который болеет шестой день, отмечаются вялость, сухой кашель, лихорадка 38,2°C, бледность кожи. Частота дыханий - 20 в минуту. При перкуссии - над легкими укорочение легочного звука слева на уровне 7-8 сегментов. При

аускультации - дыхание жесткое, над местом укорочения - ослабленное, крепитация. На рентгенограмме органов грудной клетки – в области 7-8 сегментов левого легкого определяется тень треугольной формы.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите, где должен лечиться данный ребенок.
3. Укажите основные направления терапии данного ребенка.

Эталоны ответов:

1. Ребенок переносит внебольничную левостороннюю сегментарную пневмонию, острое течение, ДН₀.
2. Ребенок может получать лечение амбулаторно.
3. Основными направлениями терапии пневмонии у этого ребенка являются антибиотики (Амоксициллин), муколитики (Амброксол), пробиотики (Максилак).

С38 ПК-2.2.2. Ребёнок 3 мес. Жалобы матери на срыгивания у ребенка после кормления, 2-3 раза в сутки, которые появились с первых дней жизни. Ребёнок родился с массой 3100 г. Находится на грудном вскармливании. Сосет активно, заглатывая воздух. На момент осмотра состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Язык влажный. Тургор тканей и эластичность кожи удовлетворительные. Живот мягкий, печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Стул 3 раза в сутки, кашицеобразный, желтый.

Вопросы:

1. Укажите, какому состоянию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите, с чего необходимо начать терапию данного состояния.
3. Укажите, какие рекомендации по режиму грудного вскармливания необходимо дать маме этого ребенка.

Эталоны ответов:

1. У ребенка отмечается младенческая регургитация.
2. Лечение этого ребенка необходимо начать с поструральной терапии (терапии положением). Мать должна кормить ребенка сидя, при этом его головка должна быть приподнята на 45-60°. После кормления держать ребенка в вертикальном положении 10-15 минут. Укладывать его нужно с приподнятым на 30-50° головным концом в положении на боку.
3. При организации кормлений необходимо уменьшить разовый объем и увеличить число кормлений. При этом суточный объем пищи сохраняется.

С39 ПК-2.2.5. Больной 9 лет, жалуется на приступообразный сухой кашель, больше ночью. Объективно: экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, вынужденное положение в кровати. Перкуторно - коробочный звук, аускультативно - жесткое дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. В гемограмме: лейкоцитоз, эозинофилия.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание можно предположить у ребенка.
2. Укажите, с какой группы препаратов необходимо начать лечение этого ребенка.
3. Укажите путь введения этих препаратов.

Эталоны ответов:

1. Ребенок переносит бронхиальную астму, атопическую, период обострения.
2. Терапию обострения при бронхиальной астме необходимо начинать с назначения стимуляторов бета2-адренорецепторов.
3. Бета2-агонисты применяются в виде ингаляций через небулайзер.

С40 ПК-2.3.1. Девочку 13 лет, беспокоят раздражительность, возбудимость, беспокойство, быстрое изменение настроения, утомляемость, сердцебиения, ухудшение успеваемости в школе. Указанные симптомы отмечаются в течение полугода. За это время похудела (масса тела 39 кг), рост 152 см. Объективно экзофтальм, симптом Штельвага, Дальримпля, тремор пальцев рук. Щитовидная железа определяется в нормальном положении головы. Кожа влажная. Тоны сердца усилены. Артериальное давление - 140/50 мм рт. ст.. Частота сердечных сокращений – 126 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит этот ребенок.
2. Укажите основной метод лечения данного заболевания.
3. Укажите методы лечения при неэффективности основного метода лечения или при наличии противопоказаний к его проведению.

Эталоны ответов:

1. Ребенок переносит диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), эндокринную офтальмопатию.
2. Основным методом лечения болезни Грейвса является медикаментозная терапия антитиреоидными средствами (мерказолил).
3. При наличии противопоказаний или при неэффективности медикаментозной терапии проводится хирургическое лечение (тиреоидэктомия) и терапия радиоактивным йодом (I 131).

С41 ПК-2.3.2. Ребенок 10 месяцев, поступил в клинику с жалобами матери на бледность кожи и слизистых оболочек, вялость, снижение аппетита. С 1 месяца на искусственном вскармливании. С 1,5 месяцев 2 раза перенес ОРВИ, в 5 месяцев - острую кишечную инфекцию. Объективно: состояние средней тяжести, адинамичен, кожа бледная. В легких пуэрильное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, тахикардия, выслушивается короткий систолический шум. Печень пальпируется на 3 см ниже реберного края. Анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, Нв – 72 г/л, ЦП – 0,7, лейкоциты – 10,5 Г/л, эозинофилы – 4 %, палочкоядерные – 9 %, сегментоядерные – 34 %, лимфоциты – 44 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 10 мм/ч, ретикулоциты – 2,0 %, анизоцитоз и пойкилоцитоз. Билирубин крови - 20 мкмоль/л, за счет непрямого.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит этот ребенок.
2. Укажите особенности диетотерапии данного ребенка.
3. Укажите основной вид терапии данного ребенка.

Эталоны ответов:

1. Ребенок переносит железодефицитную анемию легкой степени.
2. Ребенка следует кормить продуктами питания животного происхождения – мясные продукты. Всасывание железа, входящего в состав гемосодержащих продуктов, гораздо выше, чем из продуктов, содержащих железо в составе ферритина (печень)

3. Основным методом терапии является ферротерапия – назначение препаратов железа в виде гидроксид-полимальтозного комплекса (Мальтофер) в суточной дозе 5 мг/кг на 3 месяца.

С42 ПК-2.3.5. Ребенок 3-х лет проснулся ночью от грубого лающего кашля, одышки. При осмотре: лихорадка 38,0°C, одышка инспираторного характера, отмечается как при беспокойстве, так и в покое. В дыхании принимает участие вспомогательная мускулатура. Отмечается нерезкое втяжение податливых мест грудной клетки и эпигастрия, периоральный цианоз, бледность, тахикардия.

Вопросы:

1. Укажите, какое заболевание переносит ребенок.
2. Укажите какой препарат необходимо использовать для оказания помощи данному ребенку.
3. Укажите путь введения данного препарата.

Эталоны ответов:

1. Ребенок переносит острый обструктивный ларингит (круп).
2. Основным препаратом для оказания помощи данному ребенку является ингаляционный глюкокортикостероид (Пульмикорт).
3. Пульмикорт назначается ингаляционно через небулайзер.

С43 ПК-4.1.8. Ребенок 10 месяцев, был в контакте с больным острым назофарингитом братом. На протяжении 4-х дней высоко лихорадит до 38,7°C. При осмотре отмечаются частота дыхания - 48 в мин., бледность кожи, периоральный цианоз. Перкуторно: укорочение легочного звука справа сзади в нижних отделах. Аускультативно: дыхания жесткое, над местом укорочения выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Частота сердечных сокращений - 128 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Укажите, какому заболеванию соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите, какое инструментальное обследование является обязательным для подтверждения данного диагноза.
3. Укажите, какое лабораторное обследование необходимо провести данному ребенку.

Эталоны ответов:

1. У ребенка можно предположить внебольничную пневмонию.
2. Для подтверждения внебольничной пневмонии обязательным является проведение рентгенографии органов грудной клетки.
3. Данному ребенку необходимо исследование общеклинического анализа крови.