МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО
Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России
_____ М.В. Хорева
«11» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы
Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2023 г.

Подписан: ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 9, педагогическими работниками межкафедрального объединения: кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ, кафедры госпитальной педиатрии №2, кафедры пропедевтики детских болезней ПФ, кафедры факультетской педиатрии ПФ, кафедры педиатрии имени академика М.Я. Студеникина ЛФ, кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии НИКИ педиатрии и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева, кафедры поликлинической и неотложной педиатрии ПФ, кафедры детских инфекций ПФ, кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО, кафедры детской эндокринологии ПФ, кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ПФ.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1.	Ильенко Лидия Ивановна	д.м.н., профессор	зав. кафедрой госпитальной педиатрии N2 ПФ
2.	Бельмер Сергей Викторович	д.м.н., профессор	профессор кафедры госпитальной педиатрии N2 ПФ
3.	Сахарова Елена Станиславовна	д.м.н., профессор	профессор кафедры госпитальной педиатрии N2 ПФ
4.	Шумилов Петр Валентинович	д.м.н., профессор	зав. кафедрой госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ
5.	Дубровская Мария Игоревна	д.м.н., профессор	профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ
6.	Думова Светлана Владимировна	к.м.н., доцент	доцент кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ
7.	Паунова Светлана Стояновна	д.м.н., профессор.	зав. кафедрой педиатрии имени академика М.Я.Студеникина ЛФ
8.	Манджиева Элеонора Тавановна	к.м.н.	доцент кафедры педиатрии имени академика М.Я.Студеникина ЛФ
9.	Петряйкина Елена Ефимовна	д.м.н., доцент	директор ОСП РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, профессор, и.о. зав. кафедрой детской эндокринологии ПФ
10.	Сичинава Ирина Григорьевна	к.м.н.	доцент кафедры детской эндокринологии ПФ
11.	Ковалёв Игорь Александрович	д.м.н., профессор	зам. директора по клинической работе, руководитель научного отдела кардиологии НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Академика Ю.Е. Вельтищева, профессор кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ФДПО
12.	Зайкова Наталья Михайловна	д.м.н.	профессор кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ФДПО, НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Академика Ю.Е. Вельтищева.
13.	Кульбачинская Екатерина Константиновна	-	ассистент кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ФДПО НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Академика Ю.Е. Вельтищева.
14.	Шамшева Ольга Васильевна	д.м.н., профессор.	зав. кафедрой инфекционных болезней у детей ПФ
15.	Зверева Надежда Николаевна	к.м.н., доцент	доцент кафедры инфекционных болезней у детей ПФ
16.	Сайфуллин Руслан Фаридович	-	ассистент кафедры инфекционных болезней у детей ПФ
17.	Румянцев Сергей Александрович	д.м.н., профессор, член-корр. РАН,	зав.кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии ПФ
18.	Абдуллаев Рустам Тагирович	к.м.н.	доцент кафедры онкологии, гематологии и

			лучевой терапии ПФ
19.	Харитонова Любовь Алексеевна	д.м.н., профессор	зав.кафедрой педиатрии и инфекционных болезней у детей ФДПО
20.	Богомаз Людмила Васильевна	к.м.н., доцент	доцент кафедры педиатрии и инфекционных болезней у детей ФДПО
21.	Новоселова Светлана Николаевна	-	ассистент кафедры педиатрии и инфекционных болезней у детей ФДПО
22.	Блохин Борис Моисеевич	д.м.н., профессор	зав. каф. поликлинической и неотложной педиатрии ПФ
23.	Гордиенко Галина Иосифовна	к.м.н., доцент	доцент кафедры поликлинической и неотложной педиатрии ПФ
24.	Моисеев Анатолий Борисович	д.м.н., доцент	зав. каф. пропедевтики детских болезней ПФ
25.	Кольбе Ольга Борисовна	к.м.н., доцент	доцент каф. пропедевтики детских болезней ПФ
26.	Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна	д.м.н., академик РАН	зав кафедрой факультетской педиатрии ПФ
27.	Привалова Татьяна Евгеньевна	к.м.н., доцент	доцент кафедры факультетской педиатрии ПФ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения

протокол № 5 от «21» февраля 2023 г.

Руководитель межкафедрального объединения _____/Л.И. Ильенко/

© Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации 5
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание 9
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций 115
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации 117

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - педиатр – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом

проектов	управлять им	УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника**	**Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции**

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому

	и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	**Код и наименование профессиональной компетенции**	**Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции**	**Основание**
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю «педиатрия» в условиях стационара (с круглосуточным пребыванием) и дневного стационара	ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний у пациентов по профилю «педиатрия» ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.6 Оказывает паллиативную медицинскую помощь детям в условиях	Анализ требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями и, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники

		стационара ПК-1.7 Оказывает скорую медицинскую помощь детям в экстренной и неотложной формах на госпитальном этапе	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний	Обобщение отечественного и зарубежного опыта

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения **объема и качества знаний**, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с

	расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества **практических навыков и умений**, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить анамнез, оценить и составить график вакцинации, сделать заключение о физическом развитии и состоянии ребенка, провести расчет питания, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества **профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения**
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Вопросы с одиночным выбором
1	При болезни Дауна характерно
	трисомия +13
	трисомия +21
	трисомия +18
	кариотип 47, XXX
2	При синдроме Патау характерно
	трисомия +21
	трисомия +18
	трисомия +13
	кариотип 47, XXX
3	При синдроме Эдварса характерно
	трисомия+18
	трисомия +13
	трисомия+21
	кариотип 45, X
4	При болезни Дауна высока частота врожденных пороков
	нервной системы
	сердца
	желудочно-кишечного тракта
	почек
5	Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно
	кариотип 45, X
	трисомия +13
	трисомия +18
	кариотип 47, XXX
6	Основным критерием диагноза фенилкетонурии является
	умственная отсталость
	повышение уровня фенилаланина в крови
	кариотип
	рвоты
7	Для лечения детей до года с фенилкетонурией используют смесь
	Нутрилон пепти Аллергия
	Нан кисломолочный
	Лофеналак
	Симилак премиум
8	Гликогенозы I, III. VI, XI типов наследуются
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцепленно с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготно
9	Тип наследования при болезни Гоше

	аутосомно-рецессивный
	аутосомно-доминантный
	сцепленный с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготный
10	Болезнь Нимана-Пика относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
	лизосомным
11	Синдром Криглера-Найяра относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена билирубина
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
12	В основе синдрома Криглера-Найяра лежит
	резус конфликт
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	полное отсутствие глюкуронилтрансферазы
	конфликт по группе крови
13	В основе синдрома Жильбера лежит
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	генетический дефект фермента кислой липазы
	генетический дефект глюкуронилтрансферазы
	дефект мембран митохондрий
14	Мукополисахаридозы относятся к заболеваниям
	лизосомным
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
15	В развитии острой дыхательной недостаточности выделяют 3 стадии
	начальная, глубокой гипоксии, гипоксемическая кома
	начальная, гипоксемическая кома, выздоровление
	острая гипоксия, начальная, гипоксемическая кома
	острая гипоксия, глубокая гипоксия, гипоксемическая кома
16	Для ДН 1 степени характерен
	метаболический или дыхательный ацидоз
	декомпенсированный смешанный ацидоз
	алкалоз
	изменений нет
17	При пневмонии острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная

	смешанная
18	При экссудативном плеврите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
19	При бронхиолите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
20	При дыхательной недостаточности 2 степени характерны изменения в КОС крови в виде
	метаболического или дыхательного ацидоза
	метаболического алкалоза
	декомпенсированного смешанного ацидоза
	изменений нет
21	Запор у детей старше 3-х лет - это частота дефекаций
	реже 5 раз в неделю
	4 раза в неделю
	реже 3 раз в неделю
	реже 1 раза в день
22	Ведущую роль в патогенезе неспецифического язвенного колита играют
	аутоиммунные нарушения
	аллергические реакции замедленного типа
	токсические повреждения слизистой оболочки толстой кишки
	дисахаридазная недостаточность
23	Для глазной формы токсокароза наиболее характерно
	передняя катаракта
	одностороняя лейкокория
	колобома
	повышение внутриглазного давления
24	Для энтеробиоза наиболее характерно
	диарея
	кровь в стуле
	перианальный зуд
	анемия
25	Клиническая картина аскаридоза включает в себя фазы
	миграционную и кишечную
	миграционную и прогрессирующую
	кишечную и регрессирующую
	прогрессирующую и стационарную
26	При лечении энтеробиоза у детей старше года дозировка мебендазола составляет

	100 мг однократно
	150 мг в течение 3 дней
	200 мг однократно
	50 мг х 2 раза в день в течении 5 дней
27	Диагноз энтеробиоза ставится на основании
	копрограммы
	кала на яйца глистов
	соскоба методом Грэхема
	кала на дизгруппу
28	Влажные мелкопузырчатые хрипы – патогномоничный признак при
	бронхите
	бронхопневмонии
	бронхиальной астме
	эмфиземе
29	Сухие свистящие хрипы – патогномоничный признак при
	пневмонии
	простом бронхите
	эмфиземе
	бронхиальной астме
30	Триггером развития системной склеродермии считается
	пищевая аллергия
	хеликобактер пилори
	инсоляция
	гельминтоз
31	При системном ювенильном идиопатическом артрите поражается
	не более одного сустава
	2-3 сустава
	4-5 сустава
	более 5 суставов
32	К поражению глаз при ювенильном идиопатическом артрите относится
	иридоциклит
	пигментная дегенерация сетчатки
	катаракта
	конъюнктивит
33	Болезнь Стилла характерна для
	системной красной волчанки
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита
34	Синдром Рейно относится к критериям диагностики
	системной красной волчанке
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита

35	При базисной терапии коллагенозов доза кортикостероидов составляет
	от 0,5 до 1,5 мг/кг в сутки
	от 2,0 до 5,0 мг/кг в сутки
	от 5,0 до 10,0 мг/кг в сутки
	от 15,0 до 30,0 мг/кг в сутки
36	Какой возбудитель наиболее часто вызывает острый стеноз гортани
	пневмококк
	гемофильная палочка
	стафилококк
	вирус парагриппа
37	Препаратом выбора при судорожном синдроме является
	толперизон
	неостигмина бромид
	диазепам
	атропин
38	При неотложной терапии коллапса применяют
	неостигмина бромид
	кофеина бензоат
	аминофиллин
	эпинефрин
39	Фракция общего билирубина преимущественно представлена
	прямой
	непрямой
	в равных соотношениях прямой и непрямой
	биливердином
40	Диагноз хронического вирусного гепатита можно выставить при обнаружении маркеров гепатита в течение
	1 месяца
	3 месяцев
	5 месяцев
	6 месяцев
41	Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных
	гепатитом В
	гепатитом А
	цитомегаловирусным гепатитом
	гепатитом С
42	Ведущим критерием активности хронического гепатита является
	нарастание уровня трансаминаз
	нарастание уровня щелочной фосфатазы
	снижение уровня трансаминаз
	снижение уровня щелочной фосфатазы
43	Для острого панкреатита у детей наиболее характерна форма
	деструктивная

	интерстициальная
	билиарная
	лекарственная
44	Этиологический фактор миокардитов у детей первых лет жизни - это
	аутоиммунные нарушения
	грибы
	бактериально-грибковые ассоциации
	вирусы, бактерии
45	Основной этиологической причиной эндокардитов у детей являются
	герпесвирусы
	стрептококки
	стафилоккоки
	Candida albicans
46	Для дилятационной кардиомиопатии характерно
	резкое расширение полостей сердца
	уменьшение растяжимости стенок желудочков
	выраженная гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки
	нарушение ритма сердца
47	Наиболее часто при бактериальном эндокардите поражается клапан
	митральный
	аортальный
	лёгочной артерии
	трикуспидальный
48	Эхокардиографическим критерием бактериального эндокардита является
	вегетации на клапанах
	уплотнение створок клапанов
	снижение сократительной способности миокарда
	гипертрофия левого желудочка
49	В качестве стартовой терапии при бактериальном эндокардите у детей назначают
	аминогликозиды
	цефалоспорины
	макролиды
	пенициллины
50	Для аскультативной картине при миокардите у детей характерно
	глухость сердечных тонов
	акцент II тона на аорте
	выраженная дыхательная аритмия
	ритм галопа
51	Отёки при синдроме верхней полой вены появляются
	сначала в области сердца, затем распространяются выше
	сначала на лице и шее
	сначала на ногах, затем распространяются выше
	отмечается общая отёчность, анасарка

52	Целиакия – это непереносимость
	глютена
	фенилаланина
	лактозы
	белка коровьего молока
53	Дебют клинических проявлений целиакии происходит преимущественно после
	введения овощного пюре
	введения фруктового пюре
	введения каш
	перехода на искусственное вскармливание
54	Решающее диагностическое значение для целиакии имеет
	обнаружение антител к эндомизию
	повышение уровня ТТГ
	непрямая гипербилирубинемия
	повышение общего IgE
55	Первичная лактазная недостаточность передается
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	рецессивно сцеплено с Х хромосомой
	полигенно-аддитивно
56	Стул при лактазной недостаточности
	кашицеобразный, жирный
	водянистый, пенистый
	жидкий с примесью слизи, крови
	жидкий с примесью слизи, зелени
57	Диагноз при муковисцидозе ставится на основании
	повышения активности альфа1-антитрипсина
	повышения концентрации хлоридов пота
	наличия легочной гипертензии
	наличия в мокроте макрофагов, нагруженных гемосидерином
58	При синдроме Мунье-Куна выявляется
	наличие антител к базальной мембране легких
	неподвижность ресничек эпителия дыхательных путей
	трахеобронхомегалия
	отложение гемосидерина в макрофагах альвеол
59	Синпневмонический плеврит
	начинается одновременно с началом пневмонии
	развивается на фоне отрицательной динамики пневмонии
	является осложнением затяжных пневмоний
	возникает после травмы
60	Гнойный плеврит является осложнением
	бронхиолита
	стафилококковой пневмонии
	бронхиальной астмы

	муковисцидоза
61	Компрессионные ателектазы сопровождаются
	смещением органов средостения в здоровую сторону
	смещением органов средостения в сторону ателектаза
	высоким стоянием диафрагмы на стороне поражения
	бронхоэктазами
62	Гнойный плеврит является осложнением
	туберкулеза легких
	травмы грудной клетки
	системного заболевания соединительной ткани
	стафилококковой деструкции легких
63	Для оценки бактериурии используют
	посев мочи
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
	общий анализ мочи
64	Для клинической картины нефротического синдрома характерно
	макрогематурия
	иктеричность склер
	стойкая артериальная гипертензия
	отеки при нормальном артериальном давлении
65	Для нефротического синдрома характерен комплекс лабораторных показателей
	протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия,
	гематурия, диспротеинемия, гиперкалийемия
	оксалурия, цилиндрурия, диспротеинемия
	протеинурия, глюкозурия, гипераминоацидурия, фосфатурия,
66	Критерием тяжести нефротического синдрома является
	уровень креатинина сыворотки крови
	степень гипоальбуминемии
	степень гиперлипидемии
	стойкая артериальная гипертензия
67	Доза преднизолона для лечения нефротического синдрома составляет
	0,5 мг/кг/сут
	1,0 мг/кг/сут
	2,0 мг/кг/сут
	3,0 мг/кг/сут
68	Обязательный лабораторный признак почечной недостаточности
	повышение мочевины и креатинина
	повышение калия в сыворотке крови
	метаболический ацидоз
	гипонатриемия
69	Для экссудативного плеврита характерно
	амфорическое дыхание

	крепитация
	шум трения плевры
	смещение границ относительной сердечной тупости в здоровую сторону
70	Миграция водителя ритма чаще встречается в
	грудном возрасте
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
71	В ортостазе у здорового ребенка по сравнению с исходными данными ЧСС
	увеличивается на 5-10%
	увеличивается на 10-30%
	уменьшается на 5 -10%
	не меняется
72	Дыхательная аритмия у детей является
	вариантом возрастной нормы
	признаком кардита
	признаком кардиомиопатии
	признаком врожденного порока сердца
73	Признаком дыхательной аритмии на ЭКГ является
	расщепление комплекса QRS
	вариабельность длительности сердечных комплексов
	удлинение интервала P-Q
	инверсия зубца Т
74	Критерием миграции источника ритма на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	расщепление комплекса QRS
	инверсия зубца Т
	удлинение интервала P-Q
75	Экстрасистолия – это
	внеочередное сокращение сердца
	миграция источника ритма внутри синусового узла
	урежение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
76	Тригеминия – это
	появление экстрасистол после каждого нормального сокращения
	беспорядочное сокращение с нормальным ритмом сердца
	несколько внеочередных сокращений
	появление экстрасистол после двух нормальных сокращений
77	Для пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии характерно
	ЧСС выше 180-200 ударов в минуту
	внеочередное сокращение сердца
	миграция водителя ритма внутри синусового узла
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы

78	К нарушению функции образования импульса относится
	атрио-вентрикулярная блокада
	синдром удлинения QT
	миграция водителя ритма
	синдром слабости синусового узла
79	При приступе Морганьи-Эдамса-Стокса на ЭКГ определяется
	синусовая брадикардия
	миграция источника ритма
	атриовентрикулярная блокада I ст
	полная атриовентрикулярная блокада
80	Признаком мерцательной аритмии на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	появление вместо зубца Р большого количества f волн
	удлинение интервала Р-Q
	расщепление комплекса QRS
81	При синдроме удлинения QT развивается
	полиморфная желудочковая тахикардия
	трепетание предсердий
	полная атриовентрикулярная блокада
	предсердная экстрасистолия
82	Для усиления сократительной способности миокарда используют
	фуросемид
	калия и магния аспарагинат
	амиодарон
	дигоксин
83	Обморок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
84	Коллапс – это
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций

85	Шок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
86	Причиной повышения артериального давления у подростков чаще является
	эссенциальная артериальная гипертензия
	заболевания почек
	заболевания эндокринной системы
	врожденные пороки сердца
87	При остром постстрептококковом гломерулонефрите повреждение клубочка вызвано
	токсинами стрептококка
	провоспалительными цитокинами
	иммунными комплексами
	антителами к гломерулярной базальной мембране
88	Типичными клиническими симптомами острого постстрептококкового гломерулонефрита являются
	гипертензия, умеренные отеки, макрогематурия
	нормотензия, анасарка, светлая моча
	макрогематурия, нормотензия, отсутствие отеков
	макрогематурия, гипертензия, анасарка
89	Дети с хроническим гломерулонефритом наблюдаются
	в течение 5 лет
	в течение 3 лет
	в течении 1 года
	до перевода во взрослую поликлинику
90	При гломерулонефрите поражаются
	клубочки
	интерстиций
	канальцы
	эпителий лоханки
91	В 1 мл гепарина содержится
	10 000 ЕД
	5 000 ЕД
	3 000 ЕД
	1 000 ЕД
92	Олигурия – это
	недержание мочи ночью
	снижение суточного количества мочи
	снижение суточных колебаний удельного веса мочи

	нарушение соотношения между дневным и ночным диурезом
93	Клиренс эндогенного креатинина оценивает
	реабсорбционную функцию почек
	секреторную функцию почек
	величину суточного диуреза
	фильтрационную функцию почек
94	Никтурия - это
	преобладание ночного диуреза над дневным
	снижение удельного веса мочи
	увеличение диуреза в 2 раза
	недержание мочи ночью
95	Для В12 -дефицитной анемии характерно наличие
	микроцитоза
	нормоцитоза
	макроцитоза
	шизоцитоза
96	К гиперхромным анемиям относится
	фолиеводефицитная
	железодефицитная
	гемолитическая
	апластическая
97	Гемолитическая анемия, вызываемая медикаментами, наиболее часто возникает у пациентов с дефицитом фермента
	глютатион- пероксидаза
	пируваткиназа
	глютатион-редуктаза
	глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа
98	Лабораторные признаки внутрисосудистого гемолиза
	повышение цветового показателя
	лейкопения
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
	повышение уровня непрямого билирубина
99	К какому виду анемии относится болезнь Минковского - Шоффара
	гемолитическая
	дефицитная
	гипопластическая
	постгеморрагическая
100	Для внутриклеточного гемолиза наиболее характерно
	повышение непрямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + спленомегалия
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
101	Естественное вскармливание
	введение прикорма по национальному календарю

	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
102	Смешанное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
103	Искусственное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
104	Профилактическая суточная доза витамина Д для доношенного ребенка грудного возраста (в МЕ)
	не более 500
	от 500 до 1000
	от 1000 до 1500
	от 1500 до 2000
105	Средние сроки закрытия большого родничка (месяцы жизни)
	от 4 до 7
	от 6 до 8
	от 9 до 15
	от 15 до 20
106	Характерными симптомыамитромбоцитопенической пурпуры являются
	носовые, маточные кровотечения, геморрагическая сыпь
	симметричная сыпь с локализацией на голенях
	кровоизлияния в суставы, межмышечные гематомы
	телеангиоэктазия, сосудистые звездочки
107	При иммунной тромбоцитопенической пурпуре изменяется
	время кровотечения
	время свертывания
	и то, и другое
	ни то, ни другое
108	Для иммунной тромбоцитопенической пурпуры характерен тип кровоточивости
	васкулитно-пурпурный
	петехиально-пятнистый

	гематомный
	смешанный
109	Критерием тромбоцитопении является уровень тромбоцитов менее
	50 г/Л
	100 г/л
	150 г/Л
	200 г/л
110	Основным звеном патогенеза геморрагического васкулита является
	иммунопатологическое
	инфекционное
	аллергическое
	аутоиммунное
111	Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	острой тромбоцитопенической пурпуры
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
112	Гематомный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	тромбоцитопатии
	геморрагического васкулита
	Геморрагическая болезнь новорожденных
113	Гемофилия А наследуется
	рецессивно, сцепленно с Х-хромосомой
	рецессивно, сцепленно с Yхромосомой
	аутосомно-доминантно
	аутосомно-рецессивно
114	Развитие гемофилии В обуславливает дефицит плазменного фактора свертывания крови
	II
	VIII
	IX
	XI
115	Наиболее характерный клинический признак начального периода рахита
	повышенная судорожная готовность
	повышенная потливость
	мышечный гипертонус
	диарея
116	Антагонистом витамина Д является
	витамин В6
	витамин В12
	витамин А
	витамин Е

117	Классический рахит необходимо дифференцировать с
	болезнью Дебре- де-Тони-Фанкони
	гипервитаминозом А
	гипервитаминозом Д
	хондродистрофиями
131	Для сахарного диабета 1 типа в пубертатный период характерно
	стабильность течения
	наличие осложнений
	уровень гликированного гемоглобина более 7%
	лабильность течения
132	Критериями диагностики сахарного диабета 1 типа является
	гликемия более 11,1 ммоль/л
	гликированный гемоглобин более 7%
	полидипсия, полиурия
	нарушение толерантности к глюкозе
133	Нарушение толерантности к глюкозе диагностируется, если уровень глюкозы через 120 мин после приема глюкозы
	менее 7,8 ммоль/л
	более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
	более 11,1 ммоль/л
	Более 15 ммоль/л
134	Наиболее частой причиной летальности при сахарном диабете 1 типа является
	кардиопатия
	нефропатия
	кома
	нейропатия
135	Физиологическое влияние гормонов щитовидной железы на костную ткань у детей
	ремоделирование костной ткани
	замедление оссификации костной ткани
	ускорение темпов роста
	развитие остеопороза
136	При скрининге на врожденный гипотиреоз в России определяют
	антитела к тиреоглобулину
	ТТГ
	сТ4
	Т3
137	Вторичный гипотиреоз характеризуется поражением
	щитовидной железы
	паращитовидной железы
	гипофиза
	гипоталамуса
138	Для вторичного гипотиреоза характерно
	понижен ТТГ, понижен Т4, Т3
	повышен ТТГ, понижен Т4, Т3

	понижен ТТГ, повышен Т4, Т3
	нормальный ТТГ, повышен Т4, Т3
140	Скрининг-тест на врожденный гипотиреоз является положительным при уровне ТТГ
	20 – 50 мМЕ/л
	менее 5 мМЕ/л
	5-20 мМЕ/л
	более 50 мМЕ/л
141	Лабораторные показатели при диффузном токсическом зобе
	ТТГ -повышен, уровни тиреоидных гормонов повышены
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов понижены
	снижение ТТГ, повышение уровней тиреоидных гормонов
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов в пределах нормы
142	При гипопаратиреозе наблюдается
	гипокальциемия, гиперфосфатемия
	гипокальциемия, гипофосфатемия
	гиперкальциемия, гиперфосфатемия
	гиперкальциемия, гипофосфатемия
143	Основные симптомы гипопаратиреоза
	судороги конечностей и тетания
	задержка психомоторного развития
	полноценный сон
	диарея
144	Кардиохирургическую коррекцию полной транспозиции магистральных сосудов следует проводить
	до 14 дней жизни
	с 1 мес до 3 мес
	с 3 мес до 6 мес
	с 6 мес до 12 мес
145	Среди фетальнаых коммуникаций первым после рождения закрывается
	овальное окно
	артериальный проток
	Аранциев проток
	дефект межжелудочковой перегородки
146	Клинической характеристикой ВПС - тетрады Фалло является
	сердечная недостаточность по правожелудочковому типу
	сердечная недостаточность по левожелудочковому типу
	артериальная гипертензия
	одышечно-цианотические приступы
147	К порокам, протекающим с обеднением большого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	коартация аорты
	транспозиция магистральных сосудов

148	К порокам, протекающим с гиповолемией малого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	открытый артериальный проток
	транспозиция магистральных сосудов
149	При простой транспозиции магистральных сосудов в качестве паллиативной операции выполняют
	Процедура Рашкинда
	Операция Мюллера
	Подключично-легочный анастомоз
	Инфузия простагландинов Е1
150	АД на нижних конечностях при коарктации аорты
	отличается справа и слева более чем на 10-20 мм.рт.ст
	ниже, чем на верхних конечностях
	выше, чем на верхних конечностях
	одинаковое на верхних и нижних конечностях
151	Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является
	бета-гемолитический стрептококк группы А
	бета-гемолитический стрептококк группы В
	золотистый стафилококк
	вирусы
152	При митральной недостаточности выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло - диастолический шум на верхушке
153	При митральном стенозе выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло-диастолический шум на верхушке
154	При аортальной недостаточности выслушивается
	систоло-диастолический шум на верхушке
	диастолический шум во 3-4 межреберье слева от ргудины
	диастолический шум во 2 межреберье справа от грудины
	систолический шум во 2 межреберье справа от грудины
155	Дебют острой ревматической лихорадки происходит преимущественно в
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
	грудном возрасте
156	Острый лимфобластный лейкоз диагностируется при наличии
	Более2 5% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 30% бластных клеток в мазке костного мозга

	более 35% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 40% бластных клеток в мазке костного мозга
157	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие цитохимические данные
	наличие активности миелопероксидазы
	отсутствие активности миелопироксидазы
	положительная реакция на липиды
	слабое диффузное окрашивание цитоплазмы при ШИК-реакции
158	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие синдромы
	иммунодефицитный, бронхообструктивный, анемический
	анемический, нефритический, пролиферативный
	анемический, геморрагический, пролиферативный
	гипертензионный, иммунодефицитный, геморрагический
159	Характерными клиническими симптомами нейролейкоза являются
	энцефалит, артериальная гипертензия
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	корешковый синдром
	менингоэнцефалит, миелит
160	Наиболее опасным в плане развития инфекционных осложнений при лейкозе является снижение уровня нейтрофилов
	менее 1500 в 1 мкл
	менее 2000 в 1 мкл
	менее 2500 в 1 мкл
	менее 3000 в 1 мкл
161	Внелимфатическое (экстранодальное) поражение при лимфогранулематозе часто проявляется в
	сетчатке
	коже
	легочной ткани
	миокарде
162	Лимфаденопатия – это
	увеличение периферических лимфоузлов в 3 и более группах, без воспалительного процесса
	увеличение периферических лимфоузлов любой локализации, с субфибрилитетом
	увеличение всех лимфоузлов, без воспалительного процесса
	увеличение всех лимфоузлов в 3 и более группах, с воспалительным процессом
163	Основной морфологический признак лимфогранулематоза:
	нейробласты с незначительными признаками дифференциации
	клетки Березовского-Штернберга
	наличие в нейтрофилах телец Альдера
	наличие в цитоплазме лимфоцитов телец Митвоха
164	Ожирение при синдроме Иценко-Кушинга характеризуется
	избыточным отложением жира на лице, груди, плечевом поясе
	избыточным отложением жира на животе и бедрах
	равномерным распределением ПЖК

	равномерным висцеральным
165	Критерием преждевременного полового развития у девочек является появление вторичных половых признаков
	до 6лет
	до 8 лет
	до 10 лет
	до 12 лет
166	О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков
	до 7 лет
	до 9 лет
	до 11 лет
	до 13 лет
167	Этиологией истинного преждевременного полового развития является
	опухоли яичек
	опухоли яичников
	гамартомы гипоталамуса
	опухоли надпочечников
168	В пучковой зоне коркового слоя надпочечников образуются
	андрогены, эстрогены
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
169	При хронической надпочечниковой недостаточности отмечается
	снижение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	повышение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	снижение продукции глюко- и повышение продукции минералокортикоидов
	повышение продукции глюко- и снижение секреции минералокортикоидов
170	В сетчатой зоне коркового вещества надпочечников синтезируются
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
	андрогены, эстрогены
171	При первичной хронической надпочечниковой недостаточности в ответ на введение экзогенного АКТГ содержание кортизола
	Сначала снизится, затем повысится
	снизится
	не изменится
	повысится
172	К клиническим проявлениям острой надпочечниковой недостаточности относится
	рвота, доскообразный живот, гематурия
	рвота, боли в животе, снижение АД, акроцианоз, слабость, анурия
	рвота, головные боли, повышение АД, “+” симптомы Брудзинского
	рвота, боли в животе, болезненность в левом подреберье

173	Для мочевого синдрома при пиелонефрите характерна
	кристаллурия
	протеинурия
	гематурия
	лейкоцитурия + бактериурия
174	Для клинической картины острого пиелонефрита характерны
	лихорадка выше 38^0 С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
175	Самым частым возбудителем инфекции мочевых путей является
	Proteus vulgaris
	Klebsiella pneumoniae
	E. coli
	Staphylococcus epidermalis
176	Для клинической картины острого цистита характерно
	лихорадка выше 38^0 С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
177	Пиелонефрит считается вторичным, если он развивается на фоне
	пузырно-мочеточникового рефлюкса
	атопического дерматита
	хронического тонзиллита
	запоров
178	Пиелонефрит считается обструктивным, если он развивается на фоне
	упорной кристаллурии
	рецидивирующего цистита
	гипоплазии почки
	гидронефроза, мегауретера
179	Бактериурией считается выделение с мочой условно-патогенной флоры в количестве более
	100 000 микробных тел на мл
	1000 000 микробных тел на мл
	10 000 микробных тел на мл
	1000 микробных тел на мл
180	В анализе мочи по Нечипоренко количество лейкоцитов не должно превышать
	500 в 1 мл
	1000 в 1 мл
	2000 в 1 мл
	5 000 в 1 мл
181	Микционная цистография позволяет диагностировать
	пузырно-мочеточниковый рефлюкс

	неполное удвоение почки
	врожденный гидронефроз
	цистит
182	В качестве стартовой антибиотикотерапии при пиелонефрите у детей назначают
	цефалоспорины 1-го поколения
	макролиды
	цефалоспорины 3-го поколения
	фторхинолоны
183	Этиология острого бронхита у детей раннего возраста, как правило
	вирусная
	бактериальная
	грибковая
	пневмоцистная
184	Этиологическим фактором бронхиолита чаще всего является
	цитомегаловирус
	респираторно-синцитиальный вирус
	парагрипп
	микоплазма
185	Препаратом выбора в лечении пневмонии вызванной микоплазмой являются антибиотики из группы
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
	макролидов
	пенициллинов
186	Препаратом выбора в лечении домашней пневмонии у детей являются антибиотики из группы
	макролидов
	карбопенемов
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
187	Одним из звеньев патогенеза бронхиальной астмы является
	гиперреактивность бронхов
	сниженная реактивность бронхов
	бактериальное воспаление дыхательных путей
	нарушение мукоцилиарного клиренса
188	В основе патогенеза астматического статуса лежит
	блокада М-холинорецепторов
	повышенный синтез гистамина
	блокада бета2-адренорецепторов
	хроническое воспаление бронхов
189	Хрипы при простом хроническом бронхите
	односторонние мелкопузырчатые
	двусторонние сухие свистящие
	двусторонние средне- и крупнопузырчатые

	двусторонние мелкопузырчатые
190	Для эрадикации H.pylori у детей до 12 лет используют
	эзомепразол+амоксициллин+ нифурател
	омепразол + спирамицин + висмута трикалия дицитрат
	омепразол+альбендазол+ висмута трикалия дицитрат
	эзомепразол+рифампицин+нифурател
191	К ранним клиническими признакам перфорации язвы желудка относится
	доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
	фебрильная температура
	симптом Кернига
	головная боль
192	При гипермоторной дискинезии желчного пузыря характерны
	тупые распирающие боли в околопупочной области
	постоянные распирающие боли в правом подреберье
	приступообразные кратковременные боли в правом подреберье
	поздние боли в эпигастрии
193	Эхографическим признаком желчекаменной болезни является
	гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря
	гиперэхогенные включения с акустической тенью в просвете желчного пузыря
	утолщение стенки желчного пузыря
	повышение эхогенности паренхимы печени
194	Эвакуторно-моторную функцию желудка улучшает препарат
	эзомепразол
	висмута трикалия дицитрат
	папаверин
	тримебутин
195	Для лечения желчекаменной болезни используют препараты
	урсодезоксихолевой кислоты
	Бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов
	адеметионин
	артишока листьев экстракт
196	Длительность острой диареи составляет
	от 2 до 3 дней
	от 1 до 2 недель
	от 3 до 4 недель
	6-8 недель
197	Осложнением нарушенной техники пероральной регидратации является
	рвота
	отек мозга
	острая почечная недостаточность
	ларингоспазм
198	Во время оральной регидратации проводят учет потерь жидкости путем
	взвешивания ребенка

	только взвешивания использованных пеленок
	взвешивания ребенка и использованных пеленок
	проведения ультразвукового исследования пищевода и желудка
199	При эксикозе II- III ст. регидратация проводится
	перорально в объеме 30-60 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 30-40 мл/кг в сутки
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в сутки
200	При осмотической диарее у ребенка раннего возраста необходимо сразу приступить к
	пероральной регидратации
	промыванию желудка
	инфузионной терапии
	очистительной клизме
201	При неотложной терапии коллапса применяют
	кофеина бензоат; неостигмина метилсульфат
	аминофиллин; кофеина бензоат;
	преднизолон, неостигмина метилсульфат
	эпинефрин; фенилэфрин
202	Клиническим признаком травматического повреждения плечевого сплетения (С5-С6) является
	отставание одной части грудной клетки при дыхании
	вялый парез проксимального отдела руки
	вялый парез дистального отдела руки
	синдром Клода Бернара-Горнера
203	Асфиксия – это клинический синдром, проявляющийся
	в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка
	остро протекающей гипоксией и гиперкапнией
	полным отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями при рождении у ребенка с наличием признаков живорожденности
	выраженным лактат ацидозом и отсутствием признаков живорожденности
204	ЗВУР характеризуется отставанием массо-ростовых показателей
	ниже 25% перцентильного интервала
	ниже 50% перцентильного интервала
	ниже 75% перцентильного интервала
	ниже 10% перцентильного интервала
205	Клиническими признаками внутрижелудочкого кровоизлияния 1 степени являются
	внутричерепная гипертензия
	судороги
	апноэ
	специфические неврологические симптомы отсутствуют
206	При снижении массы тела на 2 сигмальных отклонения ставится диагноз
	диспластический вариант ЗВУР
	гипопластический вариант ЗВУР

	ЗВУР 1 степени
	ЗВУР 2 степени
207	При физиологической гипербилирубинемии увеличение уровня билирубина происходит за счет
	непрямого билирубина
	прямого билирубина
	биливердина
	уробилина
208	Для лечения врожденного гипотиреоза используют препарат
	левотироксин натрия
	тиамазол
	преднизолон
	пропранолол
210	Критерием гипонатриемии является уровень натрия в крови ниже
	140 ммоль/л
	135 ммоль/л
	130 ммоль/л
	125 ммоль/л
211	При гиперфункции щитовидной железы показано назначение
	тиамазола
	левотироксина натрия
	левотироксина натрия + лиотиронина
	левотироксина натрия + лиотиронина + калия йодида
212	Транзиторная убыль массы тела у доношенного новорожденного допустима
	до 5%
	до 10%
	до 15%
	до 20%
213	Критерием гипернатриемии является уровень натрия в крови выше
	140 ммоль/л
	145 ммоль/л
	150 ммоль/л
	155 ммоль/л
214	Транзиторная гипогликемия новорожденных определяется при значении глюкозы крови
	ниже3,3 ммоль/л
	ниже 2,6 ммоль/л
	ниже 2,2 ммоль/л
	ниже 1,5 ммоль/л
215	Основным повреждающим фактором при гемолитической болезни новорожденных является
	неконьюгированная гипербилирубинемия
	коньюгированная гипербилирубинемия
	смешанная гипербилирубинемия

	гипобилирубинемия
216	При гемолитической болезни новорожденных наиболее грозным осложнением является
	синдром сгущения желчи
	билирубиновая энцефалопатия
	синдром верхней полой вены
	острая почечная недостаточность
217	Основным методом лечения гемолитической болезни новорожденных является
	очистительная клизма
	плазмоферез
	форсированный диурез
	фототерапия
218	Синдром Криглера-Найяра 1 типа наследуется
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцеплено с Х
	сцеплено с У
219	Малый родничок в норме закрывается к возрасту
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
220	Для диагностики врожденной вирусной инфекции целесообразно проводить анализ крови
	методом непрямой гемагглютинации
	с проведением посева на стерильность
	методом ПЦР в реальном времени
	определение уровня IgG
221	При снижении массы и длины тела на 2-3 стандартных отклонения диагностируется
	ЗВУР 1 степени
	Гипопластический вариант ЗВУР
	ЗВУР 2 степени
	Гипотрофический вариант ЗВУР
222	Первичный осмотр недоношенного, рожденного после 26 недели гестации для выявления первых признаков ретинопатии следует проводить в срок
	2-3 неделя после рождения
	4-5 неделя после рождения
	9-10 неделя после рождения
	10-12 неделя после рождения
223	Верхний рефлекс Ландау формируется в возрасте
	1 мес.
	3 мес.
	5мес.
	6 мес.

224	Ребенок начинает держать голову в возрасте
	1 мес.
	2-3 мес.
	с 4 мес.
	с 6 мес.
225	Этиологическим фактором развития болезни гиалиновых мембран является
	аспирационный синдром
	внутриутробная пневмония
	перенесенная тяжелая асфиксия в родах
	первичный дефицит образования и выброса сурфактанта
226	Везикулопустулез – это
	воспаление эккринных потовых желез
	воспаление сальных желез
	воспаление подкожно-жировой клетчатки
	воспаление околоушной железы
227	Для лечения пузырчатки новорожденных назначают
	амоксициллин
	цефтриаксон
	меропенем
	моксифлоксацин
228	Симптом Никольского при эксфолиативном дерматите Риттера
	положительный 1 вариант
	положительный 2 вариант
	положительный 1 и 2 варианты
	отрицательный
229	Паронихии – это инфекционное воспаление
	ногтевого валика
	ногтевого ложа
	ногтевой пластины
	надкостницы
230	Причиной кровотечения при дивертикуле Меккеля у детей является
	изъязвление эктопического железистого эпителия желудка
	наличие хронической анальной трещины
	эрозивное поражение слизистой оболочки толстой кишки
	эрозивное поражение слизистой оболочки 12 перстной кишки
231	Фунгус пупка – это
	незаращение урахуса
	незаращение Аранциева протока
	грибовидное разрастание грануляций и остатки пуповинной ткани, заполняющие пупочную ранку
	незаращение желточного протока
233	Наиболее частой процедурой в процессе подготовки к аллогенной ТГСК является
	деплеция α/β Тлимфоцитов

	трансфузия эритроцитарной массы
	инфузия альбумина
	трансфузия в/в иммуноглобулинов
234	При развитии гастроинтестинальной формы реакции «трансплантат против хозяина» наблюдаются
	стойкие запоры
	диарея со спастическими болями в животе
	острый панкреатит
	калькулезный холецистит
235	Основным критерием диагностики острого лейкоза у детей является обнаружение в костном мозге
	более 5 % бластных клеток
	более 25 % бластных клеток
	более 40% бластных клеток
	любого количества бластных клеток
236	Для клеток эритроидного ряда специфическим маркером является
	гликофорин А
	гликофорин В
	гликофорин С
	гранулы серотонина
237	Оптимальный срок проведения первичной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
238	Эмбриогенез сердца происходит
	до 3 недели
	на 10-15 неделе
	на 3-9 неделе
	на 15-20 неделе
239	Современные методы хирургической коррекции ВПС у детей
	эндоваскулярные операции
	операции на открытом сердце
	радиочастотная аблация
	позитронно-эмиссионная томография
240	Оптимальный срок проведения повторной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
241	Механизм действия инфликсимаба -
	ингибирует активность В лимфоцитов
	ингибирует продукцию ИЛ-1
	образует устойчивый комплекс с формами человеческого ФНО-альфа

	образует устойчивый комплекс с IgE
242	Гепатотоксическим эффектом обладает
	парацетамол
	домперидон
	цетиризин
	энтеросгель
243	Адалимумаб относится к классу
	нестероидных противовоспалительных средств
	глюкокортикостероидов
	генно-инженерных биологических препаратов
	иммуномодуляторов
244	Для болезни Крона характерно
	воспаление только слизистой оболочки толстой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя тонкой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя толстой кишки
	трансмуральное воспаление любого участка ЖКТ
245	Морфологическими признаками язвенного колита являются
	крипт - абсцессы
	гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах
	лимфоангиоэктазии
	артериовенозные мальформации
246	Для лечения неспецифического язвенного колита применяют
	антигистаминные
	препараты 5 АСК
	слабительные
	желчегонные
247	При терапии бронхиальной астмы Омализумаб используется
	в качестве базисной терапии
	для купирования приступа
	для купирование астматического статуса
	по требованию
248	При базисной терапии бронхиальной астмы применяется ингаляционный глюкокортикостероид
	формотерол
	будесонид
	ипратропия бромид
	недокромил натрия
249	Для купирования астматического статуса применяют
	перорально глюкокортикостероиды
	парентерально глюкокортикостероиды
	М-холиноблокаторы
	В2-адреномиметики короткого действия

251	Ведущую роль в патогенезе атопической бронхиальной астмы играет
	реакция гиперчувствительности немедленного типа
	реакция гиперчувствительности замедленного типа
	иммунокомплексная реакция
	действие механических и химических факторов
252	Отмена Омализумаба при лечении бронхиальной астмы приводит к
	снижению общего IgE
	повышению общего IgE
	эозинофилии
	изменений не происходит
253	Фармакологические действия Омализумаба -
	иммунодепрессивное
	анксиолитическое
	антигистаминное
	седативное
254	Для лучшего усвоения кальция назначают витамин
	Е
	К
	А
	Д
256	Инсулиновая помпа - это
	электронно-механическое устройство для подкожного введения инсулина в непрерывном режиме
	электронно-механическое устройство для внутримышечного введения инсулина в непрерывном режиме
	искусственная поджелудочная железа, работающая без вмешательства человека
	инсулиновый дозатор вживляемый в ПЖК
257	Искусственная поджелудочная железа может использоваться для
	определения содержания глюкозы в крови
	улучшения кровообращения в тканях
	определения осмолярности крови
	улучшения когнитивных функций
258	При помповой терапии инсулин вводится
	внутримышечно
	внутривенно через катетер
	внутрикожно
	подкожно
259	Основным методом терапии сахарного диабета 1 типа является
	диетотерапия
	стимуляции экзокринной части поджелудочной железы
	сахароснижающие препараты
	инсулинотерапия
260	Скорость клубочковой фильтрации при 2 стадии хронической болезни почек составляет

	102-90 мл/мин
	89-60 мл/мин
	59-30 мл/мин
	29-15 мл/мин
261	Диализное лечение следует начинать при скорости клубочковой фильтрации
	менее 15 мл/мин
	29-15 мл/мин
	59-30 мл/мин
	89-60 мл/мин
262	Для оценки скорости клубочковой фильтрации используют пробу
	Зимницкого
	Нечипоренко
	Аддиса-Каковского
	Реберга
263	Для 3 стадии хронической болезни почек характерно
	СКФ >90 мл/мин, признаки нефропатии, нормальный креатинин сыворотки
	СКФ менее 59-30 мл/мин, анемия, умеренная азотемия
	СКФ 29-15 мл/мин, полиурия, остеодистрофия
	СКФ менее 15 мл/мин, уремия, олигурия
264	При нефросцинтиграфии почек можно оценить
	скорость и равномерность накопления радиофармпрепарата
	снижение магистрального кровотока
	анатомические структуры почки
	снижение внутриорганного почечного кровотока
265	Допплер-эхокардиография - метод, позволяющий
	оценить характер кровотока в сердечных полостях
	оценить движения структур сердца
	получать пространственное изображение структур сердца
	оценить размеры камер сердца
266	Спирометрия – это
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	это измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
267	Пикфлоуметрия это
	измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
268	Для проведения экскреторной урографии используют
	магния сульфат
	радиоактивный технеций

	сульфат бария
	йогексол (омнипак)
269	Неспецифический язвенный колит диагностируется при проведении
	колоноскопии
	ирригографии
	ФЭГДС
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
270	Суточный объем питания у ребёнка 1 мес. составляет
	1/5 массы тела
	1/6 массы тела
	1/7 массы тела
271	Суточный объем питания у ребенка 6 мес. составляет
	1/7 массы тела
	1/6 массы тела
	1/5 массы тела
272	Свободное вскармливание предусматривает кратность кормлений
	по требованию, в том числе и ночью
	до 10 р/дн с ночным перерывом не менее 5 ч.
	6-8 р/сутки, без ночного перерыва
273	Для расчета суточного объема питания у детей 1 полугодия жизни используют
	объемный способ
	калорийный способ
	формулу Зайцевой
274	Потребность в белке у ребенка второго полугодия жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут
	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
274	Потребность в белке у ребенка первых трех месяцев жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут
	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
275	Потребность в жирах у детей в возрасте 6-12 мес.составляет
	5.0 г/кг/сут
	5,5 г/кг/сут
	6,0 г/кг/сут
	6,5 г/кг/сут
276	Потребность в углеводах у детей первого года жизни составляет
	12 г/кг/сут
	13 г/кг/сут
	14 г/кг/сут
	15 г/кг/сут

277	Энергопотребность детей в первом полугодии жизни составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
277	Энергопотребность детей в возрасте 6-12 мес составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
278	Первый прикорм здоровому ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, вводится в возрасте
	3 - 4 мес.
	4 -6 мес.
	6 - 7 мес.
	8 - 9 мес.
279	Мясное пюре вводят в рацион здоровому ребенку в возрасте
	5-6 мес.
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
280	Естественным вскармливанием считается такое, когда кормление молоком матери составляет
	более 4/5 суточного объема питания
	более 1/2 суточного объема питания
	более 1/5 суточного объема питания
281	Сроки введения прикорма при искусственном вскармливании отличаются от таковых при естественном вскармливании на
	вводятся в те же сроки
	на 1 мес. раньше
	на 1 мес. позже
284	Рыба вводится в рацион здорового ребенка в возрасте
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
	после 12 мес.
285	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу, рожь, овес, ячмень
	гречиху, кукурузу, рис, пшенку
	киноа, творог, шоколад
	молоко, сыр, сою, бобовые
286	Контрольное кормление ребенка проводят для определения
	количества высосанного молока
	массы тела

	количества прикорма
	количества докорма
287	Фруктовые пюре вводят в рацион грудного ребенка для обеспечения
	жирорастворимыми витаминами
	жирами
	белками
	клетчаткой
288	Ребенка рекомендуется отнимать от груди
	в холодный период года
	в жаркий период года
	при заболеваниях
	при контакте с инфекционными больными
289	Склонность детей к срыгиванию обусловлена
	слабым развитием кардиального сфинктера
	хорошим развитием кардиального сфинктера
	слабым развитием пилорического сфинктера
	хорошим развитием пилорического сфинктера
290	Ведущим признаком лимфатико-гипопластического диатеза является
	тимомегалия
	увеличение лимфатических узлов
	гипофункция коры надпочечников
	избыточный синтез гистамина
291	Ведущим маркером аллергического диатеза является
	Ig A
	Ig M
	Ig G
	Ig E
292	Провоцирующим фактором при нервно-артритическом диатезе является
	молоко
	мясо
	арбуз
	бананы
293	При лимфатико-гипопластическом диатезе целесообразно использовать
	ферменты
	антигистаминные препараты
	адаптогены
	витамины
296	В норме пальпируются лимфатические узлы
	подмышечные, паратонзилярные, паховые
	околоушные, паратонзилярные, надключичные
	затылочные, подмышечные, околоушные
	надключичные, паховые, затылочные
297	При обострении атопической экземы стартовыми препаратами являются

	топические глюкокортикоиды
	ферменты
	седативные препараты
	антигистаминные препараты
300	Процентное соотношение нейтрофилов у детей старшего возраста составляет
	палочкоядерные 0-1%, сегментоядерные- 27-42%
	палочкоядерные 1-6%, сегментоядерные- 47-72%
	палочкоядерные 6-10%, сегментоядерные- 45-65%,
	палочкоядерные 5-11%, сегментоядерные- 28-47%,
301	Для гемолитической анемии характерно повышение
	ретикулоцитов
	тромбоцитов
	эритроцитов
	атипичных мононуклеаров
302	Сколько типов кровоточивости выделяют по Баркагану
	два
	три
	пять
	семь
303	Лейкопения – это снижение количества лейкоцитов в периферической крови
	ниже 4000 в 1 мкл
	ниже 3500 в 1 мкл
	ниже 3000 в 1 мкл
	ниже 2000 в 1 мкл
304	У здорового ребенка 7 лет нормальным считается содержание в крови тромбоцитов
	100-250 х 10^9 /л
	180-380 х 10^9 /л
	350-400 х 10^9 /л
	400-580 х 10^9 /л
305	Время свертывания крови по Ли-Уайту в норме составляет
	1-4 минут
	5-7 минут
	10-12 минут
	14-16 минут
306	Гематокрит – это
	отношение форменных элементов к общему объему крови
	отношение ОЦК к массе тела
	отношение гранулоцитов к общему количеству лейкоцитов
	отношение содержания гемоглобина к общему количеству эритроцитов
307	Анемией считается снижение уровня Hb у детей раннего возраста
	ниже 120 г/л
	ниже 110 г/л
	ниже 100 г/л
	ниже 70 г/л

308	Понятие сдвиг лейкоцитарной формулы влево включает
	увеличение содержания юных форм лейкоцитов
	увеличение содержания зрелых форм лейкоцитов
	увеличение общего числа лейкоцитов
309	Болезнь Шенлейн - Геноха относится к
	вазопатиям
	тромбоцитопатиям
	коагулопатиям
310	Для постановки диагноза геморрагический васкулит обязательно наличие
	абдоминального синдрома
	кожного синдрома
	почечного синдрома
	суставного синдрома
311	При инфекционном мононуклеозе в отличие от острого лейкоза наблюдается
	Наличие атипичных мононуклеаров больше 30%
	интоксикация
	гепатоспленомегалия
	увеличение лимфоузлов
312	Лейкемоидные реакции встречаются при
	тяжелых бактериальных инфекциях
	лекарственной болезни
	тяжелых отравлениях
	иммунодефиците
313	При длительном течении гипопаратиреоза у детей могут появляться
	катаракта, задержка роста, кальциноз паренхимы почек
	боли в правом подреберье
	желтушность кожных покровов
314	Второй перекрест % содержания в формуле крови нейтрофилов и лимфоцитов у детей происходит в возрасте
	4-5 месяцев
	2 года
	4-5 лет
	7 лет
315	Наиболее частым осложнением ожирения у детей является
	неалкогольная жировая болезнь печени
	миокардиодистрофия
	сахарный диабет I типа
	артериальная гипертензия
316	Центры голода и насыщения расположены в
	коре головного мозга
	крыше среднего мозга
	продолговатом мозге
	гипоталамусе

317	Крипторхизм - это
	отсутствие одного или двух яичек в мошонке
	ущемление крайней плотью головки полового члена
	врожденное отсутствие яичек
	наличие трех и более яичек
1	Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через
	2 недели
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	3,5 месяца
2	Первичный туберкулезный комплекс - это
	первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
	лимфангоит, лимфаденит
	первичный легочный аффект
	лимфангоит
	первичный легочный аффект, лимфаденит
3	Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является
	глистная инвазия
	нарушение всасывания железа
	хроническая кровопотеря
	авитаминоз
	недостаточное поступление железа с пищей
4	Антибиотики при ветряной оспе назначают
	при тяжелой форме
	при появлении гнойных осложнений
	при энцефалите
	с целью профилактики осложнений
	не назначают
5	Наиболее частая причина мутации гена
	инфекционный фактор
	радиация
	нервно-психический фактор
	курение
	алкоголизм
6	Чаще встречаются наследственные заболевания
	хромосомные
	с доминантным типом наследования
	болезни с наследственным предрасположением
	с неустановленным типом наследования
	с рецессивным типом наследования
7	Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома

	возможно путем
	пальпации яичек
	определения 17-оксикортикостероидов
	определения полового хроматина
	определения кариотипа
	гистологического исследования гонад
8	Доминантный ген отца локализован в Х-хромосоме. Может заболеть
	мальчик
	девочка
	все дети будут здоровы
	могут заболеть и мальчики, и девочки
	могут заболеть и мальчики, и девочки
9	При фенилкетонурии доминирует
	поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
	депрессия гемопоэза
	неврологическая симптоматика
	экзема и альбинизм
	нефропатия
10	Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно замедление роста
	задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
	увеличение полового члена
	дефекты психического развития
	хориоретинит
11	Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из
	В-лимфоцитов
	нейтрофилов
	базофилов
	макрофагов
	Т-лимфоцитов
12	К фагоцитирующим клеткам относят
	моноциты
	Т-лимфоциты
	тучные клетки
	) плазмоциты
	нормальные киллеры
13	К показателям гуморального иммунитета относят
	уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е
	параметры фагоцитоза
	реакцию бласттрансформации лейкоцитов
	реакцию розеткообразования
	количество нормальных киллерных клеток (СД 16).
14	К иммунодефицитным состояниям относится
	синдром Альпорта
	синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)

	синдром Марфана
	синдром де Тони-Дебре-Фанкони
	синдром Элерса-Данлоса
15	На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает
	количество лейкоцитов 15000 х 1О9/л
	увеличение Ig M
	количество лимфоцитов 50%
	увеличение IgG
	количество нейтрофилов 7000 х 109/л
16	Основным фактором, предрасполагающим к развитию пищевой аллергии, является
	сниженный уровень S Ig A
	заболевание органов желудочно-кишечного тракта
	искусственное вскармливание
	атопические заболевания у матери и отца
17	Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить
	адаптированными смесями на основе козьего молока
	соевыми смесями
	смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
	кисломолочными смесями
	высоко гидролизованными смесями
18	Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Кок-саки характерно осложнение
	хориоретинит
	катаракта
	миокардит
	геморрагический синдром
	стоматит
19	Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции
	токсоплазмоз
	хламидиоз
	микоплазмоз
	цитомегалия
	герпес
20	Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода
	тормозит функцию клеток инсулярного аппарата
	активизирует клетки инсулярного аппарата
	приводит к атрофии инсулярного аппарата
	приводит к образованию антиинсулярных антител
	не оказывает никакого влияния
21	При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь
	кожа и слизистые оболочки
	кости
	печень
	центральная нервная система

	почки
22	У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является
	субдуральное кровоизлияние
	перивентрикулярное кровоизлияние
	отек мозга
	перивентрикулярная лсйкомаляция
	менингоэнцефалит
23	После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через
	1 неделю
	2-3 недели
	4-6 недель
	2-3 месяца
	4-6 месяцев
24	Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается
	при лактазной недостаточности
	при муковисцидозе
	при экссудативной энтеропатии
	при галактоземии
	при целиакии
25	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь
	родовую травму ЦНС
	порок развития головного мозга
	метаболические нарушения
	гнойный менингит
	вирусный энцефалит
26	При фиброэластозе чаще всего поражается
	левый желудочек
	левое предсердие
	правый желудочек
	правое предсердие
	все отделы
27	Патогномоничным симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки является
	рвота с рождения
	гинекомастия
	вирильные наружные гениталии с пигментацией
	мраморный рисунок кожи
	диарея
28	При дисахаридазной недостаточности характерен стул
	гомогенный, желтый, со слизью
	жидкий, жирный, зловонный
	водянистый, кислый, пенистый

	обильный, замазкообразный, ахоличный
	жидкий со слизью и зеленью
29	Основная причина физиологической желтухи новорожденного
	гемолиз
	недостаточная глюкуронизация
	сгущение крови
	холестаз
	гипогликемия
30	Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является
	интубация и искусственное дыхание
	положение на пораженной стороне
	активная кислородотерапия
	возвышенное положение
	плевральная пункция и дренаж
31	При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет
	общая интоксикация
	дизурические явления
	синдром срыгивания
	субфебрилитет
	болевой синдром
32	Объем мочевого пузыря у новорожденного составляет
	5-10 мл
	10-30 мл
	30-50 мл
	50-100 мл
	100-150 мл
33	Для выявления междолевого выпота показана
	томография;
	боковой снимок
	плевральная пункция
	прямая рентгенограмма
	бронхоскопия
34	Обструктивным легочным заболеванием является
	экзогенный аллергический альвеолит
	эозинофильная пневмония
	фиброзирующий альвеолит
	бронхиальная астма
	хроническая пневмония
35	При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать
	триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)
	макролиды
	защищенные пенициллины
	цефалоспорины 3-го поколения
	карбопенемы

36	Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до
	нормализации температуры
	полного рассасывания инфильтрата в лёгком
	нормализации СОЭ
	4-5 дней стойкой нормальной температуры тела
	ликвидации токсикоза
37	Более быстрое диуретическое действие оказывает
	гипотиазид
	лазикс
	диакарб
	верошпирон
	триампур
38	Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией
	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	коарктация аорты
	дефект межпредсердной перегородки
	дефект межжелудочковой перегородки
39	Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует
	оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
	ограничить физические нагрузки
	оставить под наблюдением, назначить пропранолол внутрь
	госпитализировать для обследования
	назначить дома цитохром С, актовегин
40	При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
	гастрофибродуоденоскопию
	внутрижелудочную рН-метрию
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
	УЗИ желудка
41	Для эзофагита характерно
	боли за грудиной
	метеоризм
	жидкий стул
	запоры
	тошнота
42	При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на
	сахар
	билирубин
	МНО
	креатинин
	СРБ
43	Для халазии кардии характерен следующий симптом

	боли в правом подреберье
	запоры
	боли натощак в эпигастрии
	рецидивирующая рвота
	метеоризм
44	Для ахалазии пищевода характерна
	рвота непереваренной пищей
	рвота с примесью желчи
	срыгивание через 1 час после еды
	рвота переваренной пищей
45	Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
	язвенной болезни
	гастроэзофагорефлюксной болезни
	панкреатита
	гастрита
	желчнокаменной болезни
46	Селективность протеинурии определяют для оценки состояния
	петли Генле
	эпителия дистальных канальцев
	мембраны клубочков
	эпителия проксимальных канальцев
	всего перечисленного
47	Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет
	не более 10 мл
	до 20-30 мл
	до 40-50 мл
	До 100 мл
48	При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с
	ультразвукового исследования мочевой системы
	радионуклидного исследования почек
	цистографии
	ангиографии
	компьютерной томографии
49	Гипергаммаглобулинемия характерна для
	гломерулонефрита с нефротическим синдромом
	волчаночного нефрита
	острого постстрептококкогого гломерулонефрита
	тубулоинтерстициального нефрита
	пиелонефрита
50	Ингибитором синтеза ангиотензина-II является
	пропранолол
	верапамил
	эналаприл
	нифедипим

	лозартан
51	Из осложнений острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом чаще наблюдается
	гипертоническая энцефалопатия
	отек легких
	кровотечение
	сердечная недостаточность
	абдоминальный криз
52	Для гипертонической энцефалопатии характерны
	сердечная недостаточность
	нарушение сердечного ритма
	судороги, потеря сознания
	одышка, хрипы в легких
	анасарка
53	При использовании венозных катетеров наиболее частым осложнением является
	травма катетером сердца
	флебит
	эмболия
	пневмоторакс
	сепсис
54	При лечении больных с подсвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение
	диуретиков
	гормонов
	симпатомиметиков
	парокислородных ингаляций
	ингаляционных b-2-агонистов
55	Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается
	в регулярном взвешивании ребенка
	в измерении почасового диуреза
	в сборе суточной мочи
	в определении величины гематокрита
	в определении ОЦК
56	При отравлении бледной поганкой развивается
	судорожный синдром
	отек легких
	острая почечная недостаточность
	острая печеночная недостаточность
	геморрагический синдром
57	В первые часы после отравления кислотами промывание желудка целесообразнее проводить
	4 % раствором гидрокарбоната натрия
	2 % раствором окиси магния
	теплой водой

	0,1 % раствором марганцевокислого калия
	раствором Рингера
58	У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует
	чистой водой
	раствором марганца
	раствором соды
	водой с добавлением активированного угля
	раствором соляной кислоты
59	Наиболее частой причиной генерализованных судорог у детей раннего возраста являются
	гнойный менингит
	острое отравление
	энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
	эпилепсия
	травма головного мозга
60	При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать
	пульс на периферических сосудах
	пульс на крупных артериях
	сужение зрачков
	улучшение цвета кожи и слизистых
	восстановление работы сердца
61	Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерным синдромом является
	судорожный синдром
	круп
	бронхиолит
	диарея
	лимфаденопатия
62	Наиболее характерным для парагриппа синдромом является
	судорожный синдром
	лимфаденопатия
	диарея
	геморрагический синдром
	круп
63	Зрелый тип мочеиспусканий формируется у ребенка в возрасте
	1,5-2 года
	2-3 года
	3-4 года
	5-6 лет
65	Наиболее частой причиной возникновения расстройств мочеиспускания неорганического генеза у детей является
	задержка созревания нервной системы
	гипоталамо-гипофизарная дисфункция
	психологические проблемы и стресс
	недостаток антидиуретического гормона

	неблагоприятная наследственность
66	Энурезом считается
	непроизвольное мочеиспускание во время сна
	недержание мочи в дневное время
	недержание мочи только ночью
	недержание мочи днем и ночью
67	Наиболее частым клиническим синдромом расстройств мочеиспускания у детей является
	дисфункциональное мочеиспускание
	моносимптомный энурез
	гиперактивный мочевой пузырь
	гипоактивный мочевой пузырь
	недержание мочи при смехе
68	Емкость мочевого пузыря у ребенка в 5 лет составляет
	50-100 мл
	70-120 мл
	80- 160 мл
	100-200 мл
	120-250 мл
69	У ребенка школьного возраста поллакиурией считается частота мочеиспусканий более
	5 раз в сутки
	7 раз в сутки
	8 раз в сутки
	10 раз в сутки
70	Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является
	офтальмогерпес
	поражение кожи и слизистых
	стоматит
	энцефалит
	генерализованная форма.
71	Среди впервые выявляемых больных наиболее распространена клиническая форма туберкулеза легких
	очаговый
	инфильтративный
	фиброзно-кавернозный
	кавернозный
	милиарный
72	Развитие активного туберкулеза у человека, инфицированного МВТ, могут спровоцировать
	антибиотики широкого действия
	усиливающие диурез препараты
	кортикостероиды
	гемотрансфузии
	анаболические гормоны

73	Маркером качественно проведенной вакцинации БЦЖ является
	поствакцинный кожный знак
	подмышечный лимфаденит
	папула
	пустула
	отметка о прививке в документации
74	Первые симптомы малабсорбции при лактазной недостаточности появляются
	сразу после рождения
	с введением прикорма
	при переводе на искусственное вскармливание
	при введении сока
75	Кислая диарея характерна для
	непереносимости коровьего молока
	лактазной недостаточности
	муковисцедоза
	целиакии
76	Лактазная недостаточность сопровождается повышенной экскрецией в кале
	общего количества углеводов
	глюкозы
	лактозы
	фруктозы
77	Развитие клинических признаков целиакии связано с употреблением
	фруктов
	хлеба
	рисовой каши
	молока
	мяса
78	При водянистой диарее преимущественно поражается
	тонкая кишка
	толстая кишка
	желудок
	12-перстная кишка
79	Пневмонию у детей старшего возраста чаще вызывает
	стрептококк группы А
	золотистый стафилококк
	пневмококк
	гемофильная палочка
80	Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии
	интерстициальной
	очаговой
	сегментарной
	крупозной
81	Вирусная пневмония по форме чаще является
	крупозной

	деструктивной
	интерстициальной
	очаговой
82	Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии
	хламидийной
	микоплазменной
	пневмоцистной
	пневмококковой
	грибковой
83	Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет
	1-2 дня
	3 или 5 дней
	7-10 дней
	11-14 дней
	14-21 день
84	При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать
	феноксиметилпенициллин
	амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
	амоксициллин
	ампициллин
	азитромицин
85	При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать
	природные пенициллины
	макролиды
	полусинтетические пенициллины
	цефалоспорины 1-го поколения
	аминогликозиды
86	Рестриктивный синдром (уменьшение объёма и растяжимости лёгких) наиболее характерен для
	синдрома Мунье - Куна
	туберкулёза
	синдрома Хаммана - Рича
	гемосидероза
87	У ребёнка 2 лет с рецидивирующими пневмониями и нарушениями стула (стеатореей) можно предположить
	целиакию
	муковисцидоз
	пневмоцистоз
	ретикулогистиоцитоз
88	Незаращение овального окна считается пороком с
	с момента рождения
	с 1 мес жизни
	с 6 мес жизни
	с 1 года жизни

89	Артериальная гипертензия чаще всего наблюдается при
	системной красной волчанке
	геморрагическом васкулите
	при узелковом полиартериите
	при открытом артериальном протоке
	аортальной недостаточности
90	Высокую гипертензию чаще обусловливает
	порок развития сосудов почки
	пиелонефрит
	удвоение чашечно-лоханочной системы
	наследственный нефрит
	вегетодистония
91	При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить
	кофеин
	кордиамин
	дигоксин
	индерал (анаприлин)
	капотен
92	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
93	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
94	Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
	ревматизма
	гипертрофической кардиомиопатии
	пароксизмальной тахикардии
	перикардита
	поствирусного миокардита
95	Уровень гемоглобина в крови у детей при тяжелой степени анемии снижается ниже (г/л)
	110
	90
	70
	50

96	Легкой степени анемии соответствует уровень гемоглобина (г/л)
	120-100
	115-95
	110-90
	100-80
97	Незрелые формы кроветворных клеток, анемия, тромбоцитопения выявляются в периферической крови большинства детей с
	острым лейкозом
	геморрагическим васкулитом
	гемолитической анемией
	тромбоцитопатиями
	тромбоцитопениями
98	Основным методом в диагностике лейкоза у детей является
	анализ периферической крови
	коагулограмма
	биохимическое исследование крови
	пункция костного мозга
99	Основным методом лечения детей с геморрагическим васкулитом является применение
	гепарина
	аскорбиновой кислоты
	аминокапроновой кислоты
	ампиокса
100	Детский хирург и педиатр одновременно наблюдают детей с геморрагическим васкулитом при
	простой форме
	абдоминальном синдроме
	почечном синдроме
	кожно-суставной форме
101	При гемофилии А следует вводить гемопрепарат
	прямое переливание крови от матери
	концентрат VIII фактора
	прямое переливание крови
	переливание крови длительного хранения
	«отмытые» эритроциты
102	При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только
	внутривенно
	внутримышечно
	подкожно
	внутрикожно
103	Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией показание к немедленному введению
	анальгетических средств
	кровезаменителей
	кальцийсодержащих препаратов
	концентрированных антигемофильных препаратов

104	Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при
	алиментарных анемиях
	гемофилии
	тромбоцитопенической пурпуре
	геморрагическом васкулите
105	Для скрининг-диагностики желчнокаменной болезни используют
	УЗИ органов брюшной полости
	гепатобилисцинтиграфию
	магнитно-резонансную томографию
	обзорный снимок брюшной полости
106	Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным является
	гастрофибродуоденоскопия
	рентгенография ЖКТ с барием
	исследование кала на скрытую кровь
	анализ крови
	внутрижелудочная рН-метрия
107	Наличие изжоги свидетельствует о
	забросе желудочного содержимого в пищевод
	повышении кислотности желудочного содержимого
	диафрагмальной грыже
	язвенной болезни желудка
	гастродуодените
108	Парапроктиты характерны для
	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	целиакии
	дизентерии
109	Появление у ребенка среди полного здоровья стула с примесью крови и слизи, одновременно с болями в животе характерно для
	ротавирусной инфекции
	неспецифического язвенного колита
	алиментарной диспепсии
	аскаридоза
110	Ректальное выделение крови – наиболее постоянный признак при
	лямблиозе
	диарее путешественников
	неспецифическом язвенном колите
	хроническом запоре
111	Наиболее важными факторами развития желчнокаменной болезни у детей являются
	высококалорийное нерегулярное питание
	наследственные факторы
	ожирение, сахарный диабет
	застой желчи, воспаление

112	Для печеночной колики у детей характерны
	интенсивные острые боли в правом подреберье, выраженное беспокойство ребенка
	интенсивные острые боли в правой подвздошной области, выраженное беспокойство ребенка
	кинжальные боли в области эпигастрия, выраженное беспокойство ребенка
	схваткообразные боли по всему животу
113	Для улучшения обменных процессов гепатоцитов ребенку с хроническим гепатитом назначают
	мембраностабилизатор
	интерферон
	преднизолон
	эссенциале форте
	левамизол
114	Лабораторным показателем синдрома холестаза является
	гиперхолестеринемия
	гиперфибриногенемия
	диспротеинемия
	гипертрансаминаземия
115	Для острого холецистита у детей характерны клинические симптомы
	боли в животе, жидкий стул, метеоризм
	боли в правом подреберье, симптомы токсикоза, тошнота
	боли в эпигастрии, тошнота, изжога
	опоясывающие боли, повторная рвота
116	К препаратам, увеличивающим образование желчи в печеночной клетке относятся
	холеретики
	холекинетики
	холеспазмолитики
	гепатопротекторы
117	Гипокинетическая форма дисфункции желчного пузыря характеризуется
	острой приступообразной болью в животе через 20 мин после еды
	острой приступообразной болью в животе через 30-40 мин после еды
	тупой болью в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема пищи
	тупой болью в правом подреберье 30-40 мин после приема пищи
118	Для гиперкинетической формы дисфункции желчного пузыря характерно
	острая приступообразная боль в животе сразу после еды
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
	тупая боль в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
119	Для диагностики типа дисфункции желчного пузыря наиболее важными являются результаты
	биохимического анализа крови
	УЗИ брюшной полости с оценкой показателя двигательной функции желчного пузыря
	холецистографии
	ретроградной холангиопанкреатографии

120	Для острого холецистохолангита у детей характерна боль в правом подреберье
	быстропроходящая, непостоянная
	сильнейшая с иррадиацией в правое плечо, лопатку
	тупая, умеренной интенсивности
	ноющая, распирающая
121	Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для
	острого панкреатита
	острого холецистохолангита
	хронического активного гепатита
	желчной колики
122	В биохимическом анализе крови у детей с острым панкреатитом характерно повышение уровня
	глюкозы
	холестерина
	билирубина
	амилазы
	аланинаминотрансферазы
123	Определение содержания эластазы-1 в кале является диагностически значимым при
	лактазной недостаточности
	шигеллезе
	сальмонеллезе
	заболеваниях поджелудочной железы
124	Препаратом выбора с целью блокады секреторной функции ПЖ является
	дротаверин
	октреотид
	индометацин
	азитромицин
125	Для снятия спазма сфинктера Одди при остром панкреатите показан
	дротаверин
	лактулоза
	индометацин
	азитромицин
126	Зуд в перианальной области, как основной симптом гельминтоза у детей, характерен для
	энтеробиоза
	описторхоза
	аскаридоза
	трихоцефалеза
127	Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей характерны для
	энтеробиоза
	аскаридоза
	описторхоза

	большинства гельминтозов
128	Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о
	нарушении обмена кальция
	нарушении обмена щавелевой кислоты
	атопическом дерматите
	нарушении обмена пуринов
	нарушении обмена цистина
129	Показанием к биопсии почки является
	единственная почка
	поликистоз почек
	туберкулез почек
	гормонорезистентный нефротический синдром
	острый постстрептококковый гломерулонефрит
1	Вопросы с множественным выбором
1	Для галактоземии характерны следующие клинические симптомы:
	катаракта
	желтуха
	увеличение печени
	рвота, диарея
	запор
2	Для болезни Вольмана характерны следующие клинические симптомы
	тубулопатия
	синдром мальабсорбции
	кальцификация надпочечников
	задержка психомоторного развития
	прогрессирующая гепатоспленомегалия
3	Для синдрома Марфана характерны следующие клинические симптомы
	арахнодактилия
	анкилоз суставов
	высокий рост
	низкорослость
	подвывих хрусталика
4	К патологическим типам дыхания относится
	Куссмауля
	Чейн-Стокса
	бронхиальное
	пуэрилльное
	везикулярное
5	Наиболее частые причины асфиксии у детей раннего возраста
	инородное тело
	стенозирующий ларингит
	бронхообструктивный синдром
	пневмония
	судороги

6	Рестриктивный тип дыхательной недостаточности вызывают:
	пневмоторакс
	пневмония
	бронхиолиты
	фиброзирующий альвеолит
	обструктивный бронхит
7	Наиболее частые причины возникновения запоров у детей
	частые респираторные вирусные инфекции
	подавление позыва на дефекацию
	непереносимость белка коровьего молока
	хроническая анальная трещина
	избыточное количество углеводов в рационе
8	Ведущими клиническим симптомами запоров являются
	плотный фрагментированный характер стула
	урчание по ходу толстой кишки
	боли в нижних отделах живота
	пальпирующиеся плотные каловые массы
	неустойчивый стул
9	Типы язвенного колита по локализации подразделяют на
	проктит
	левосторонний колит
	диффузный колит
	тотальный колит
10	Физиологической функцией кашля является
	восстановление проходимости дыхательных путей
	восстановление мукоцилиарного клиренса
	поддержание газового состава крови
	сохранение ФЖЕЛ
11	Влажный продуктивный кашель характерен для
	бронхиальной астмы
	плеврита
	бронхита
	муковисцидоза
	трахеита
12	К лабораторным критериям системной красной волчанки относятся
	АСЛ-О
	волчаночные клетки
	антитела к двуспиральной ДНК
	лейкопения
	гипогаммаглобулинемия
13	Для суставного синдрома при ювенильном идиопатическом артрите характерно
	продолжительность артрита более 6 недель
	продолжительность артрита 3 месяца и более
	симметричное поражение мелких суставов
	контрактура сустава

	тендосиновиит или бурсит
	гемартроз
14	CREST – синдром при системной склеродермии включает
	кальциноз
	кератоз
	эзофагит
	телеангиэктазии
	склеродактилию
	ретинопатию
	феномен Рейно
15	В терапии отека Квинке используют
	преднизолон
	клемастин
	эпинефрин
	неостигмина метилсульфат
	диазепам
16	В терапии розового типа лихорадки используют
	диазепам
	нестероидные противовоспалительные препараты
	хлорпромазин
	нимесулид
	физические методы охлаждения
17	Для купирования лихорадки бледного типа применяют
	нестероидные противовоспалительные препараты
	хлорпромазин
	полусинтетические пенициллины
	дантролен
	спазмолитики
18	При атрезии желчных путей в течение 1 месяца жизни ребенка отмечаются
	срыгивания
	желтуха с первых дней жизни
	нарастающая гепатоспленомегалия
	неокрашенный стул
	окрашенный стул
19	К гепатопротекторам относятся
	урсодезоксихолевая кислота
	эзомепразол
	артишока листьев экстракт
	домперидон
	адеметионин
20	К гепатотоксичным препаратам относятся
	парацетамол
	витамин Д3
	гепарин натрия
	метотрексат

	вальпроевая кислота
21	Кардиомиопатии классифицируются по следующим фенотипам
	гипертрофический
	гипертензионный
	рестриктивный
	циркулятрный
	дилятационный
22	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу
	рис
	овес
	рожь
	ячмень
	просо
23	Характерными клиническими признаками при целиакии являются
	диарея у детей раннего возраста
	гепатомегалия
	артериальная гипертензия
	задержка физического развития
	анемия
	запоры у детей старшего возраста
24	При муковисцидозе используют следующие смеси
	Mead Johnson Nutrition Pregestimil Lipil
	Nutrilon (Nutricia) Пепти Аллергия
	Семпер Лемолак (Semper Lemolak)
	Similac Комфорт
	Nestle Alfare Allergy
25	Для синдрома Картагенера характерны
	первичная легочная гипертензия
	обратное расположение внутренних органов
	бронхоэктазы
	хронические синуситы
	гепатоспленомегалия
26	Для идиопатического гемосидероза легких характерны
	кашель
	одышка
	бронхоэктазы
	обратное расположение внутренних органов
	анемия
27	Для первичной легочной гипертензии характерны
	артериальная гипертензия
	одышка при физической нагрузке
	цианоз
	полицитемия
	обратное расположение внутренних органов

28	Междолевой сухой плеврит характеризуется
	отсутствием клинических проявлений
	сухим болезненным кашлем
	диагностируется лишь при рентгенологическом исследовании
	выраженным ограничением подвижности легочного края
29	Дифференциальный диагноз фибринозного плеврита проводят с
	эзофагитом
	межреберной невралгией
	крупозной пневмонией
	холециститом
	стенозирующим ларингитом
30	Для оценки функции почек используют
	определение креатинина сыворотки крови
	общий анализ мочи
	определение мочевины сыворотки крови
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
31	Последствиями постоянной кристаллурии могут быть
	гломерулонефрит
	пиелонефрит
	мочекаменная болезнь
	хронический тубулоинтерстициальный нефрит
	паранефральный абсцесс
32	Для лечения тахиаритмий применяют
	калия и магния аспарагинат
	каптоприл
	нимесулид
	амиодарон
	пропафенон
33	К симптомам полной атриовентрикулярной блокады относятся
	резкая брадикардия
	гипотония
	тахикардия
	потеря сознания
	резкое возбуждение
34	Для гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерно
	макрогематурия
	протеинурия более 3 г/л
	гиперлипидемия
	стойкая артериальная гипертензия
	гипопротеинемия
35	Для гломерулонефрита характерны синдромы
	мочевой
	геморрагический
	отечный
	гипертензионный

	дизурический
36	Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерны
	диарея
	энцефалопатия
	бледность
	желтуха
	лихорадка
37	Для болезни Минковского- Шоффара характерны
	Гипохромная анемия
	Нормохромная анемия
	ретикулоцитоз
	микросфероцитоз
	прямая гипербилирубинемия
38	К противовирусным препаратам относятся
	тилорон
	циклоспорин
	инозин пранобекс
	меглюмина акридонацетат
	цефтриаксон
39	При геморрагическом васкулите Шенлейна- Геноха выделяют синдромы
	кожный
	суставной
	почечный
	легочный
	абдоминальный
40	Для острого гипервитаминоза Д характерны
	гипергидроз
	рвота
	отказ от еды
	лихорадка
	мышечная гипотония
41	Общими противопоказаниями для назначения физиотерапевтического лечения являются
	злокачественные образования
	ранний возраст
	активная фаза воспаления
	ожирение
	лихорадка
42	Продолжительность жизни при сахарном диабете зависит от
	наличия осложнений
	длительности заболевания
	уровня гликированного гемоглобина
	остаточной секреции инсулина
	дозы инсулина

43	К инсулинзависимым тканям относятся
	жировая ткань
	мышечная ткань
	миокард
	головной мозг
	почечная паренхима
44	К симптомам, характерным для врожденного гипотиреоза, относятся
	гипотермия, брадикардия
	макроглосия
	гипертермия
	одышка
	затянувшаяся неонатальная желтуха
45	К симптомам, характерным для тиреотоксикоза у подростков, относятся
	агрессивность
	эмоциональная лабильность
	апатия
	сонливость
	выраженная утомляемость
	тахикардия
46	Анатомическими признаками тетрады Фалло являются
	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	транспозиция аорты
	гипертрофия миокарда
	дефект межжелудочковой перегородки
	дефект межпредсердной перегородки
47	Для хореи характерны
	гиперкинезы
	периферические парезы
	мышечная гипотония
	гиперрефлексия
	энурез
48	Соматические мутации клеток-предшественниц кроветворения вызывают
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции
	онковирусы
	эндо - и экзоканцерогены
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции
49	К методам лечения острого лимфобластного лейкоза относят
	химиотерапию
	сопроводительную терапию
	интерферонотерапию
	трансплантацию костного мозга

	биологические активные добавки
50	Формирование вторичных половых признаков у девочек начинается с
	увеличения молочных желез
	лобкового оволосения
	менархе
	формирование овуляторных циклов
	усиление активности сальных и потовых желез
51	Для новорожденных с сольтеряющей формой адреногенитального синдрома характерны
	жидкий стул
	запоры
	упорная рвота
	дистальные отеки
	позднее отхождение мекония
52	Для сольтеряющей формы адреногенитального синдрома характерно
	преждевременное половое развитие
	сухость кожных покровов, жидкий стул
	упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи
	артериальная гипертензия
	крипторхизм
53	К клиническим синдромам при пиелонефрите относятся
	фебрилитет
	мочевой синдром
	геморрагический синдром
	синдром артериальной гипертензии
	боли в поясничной области
54	Признаками очагового уплотнения легочной ткани являются
	крепитация
	усиление голосового дрожания
	ослабленное везикулярное дыхание
	притупление перкуторного звука
	коробочный оттенок перкуторного звука
55	Механизм бронхиальной обструкции при бронхиальной астме обусловлен
	бронхоспазмом
	гиперсекрецией слизи бронхиальных желез
	компрессией из вне
	воспалением слизистой стенки бронхов
	снижением растяжимости альвеол
56	Антихеликобактерным действием обладают следующие препараты
	омепразол
	висмута трикалия дицитрат
	кларитромицин
	метронидазол
	алгелдрат + магния гидроксид

57	Осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей являются
	пенетрация
	перфорация
	мальдигестия
	мальабсорбция
	кровотечение
58	Тюбажи по Демьянову с минеральной водой используются при
	желчекаменной болезни
	дискинезии желчевыводящих путей
	некалькулезном холецистите
	язвенной болезни
1	Вопросы с множественным выбором
1	Основными критериями диагностики синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии lV) являются
	история заболевания имеет место на протяжении 12 нед. в течение 12 мес
	наличие болей в животе, связанных с дефекацией
	начало заболевания связано с изменением характера стула
	начало заболевания связано с изменением частоты стула
	характерная симптоматика должна быть не реже 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев
	рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца
2	При наследственном нефрите у ребенка часто выявляются
	тугоухость
	патология суставов
	изменения со стороны глаз
	олигофрения
	врожденные пороки сердца
3	К группе хромосомных заболеваний относятся
	болезнь Дауна
	синдром Альпорта
	синдром Шерешевского-Тернера
	синдром Патау
	синдром Эдварса
4	Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек характерны
	увеличение клитора и половых губ
	костный возраст опережает паспортный
	в моче увеличено содержание 17-кетостероидов
	гепатоспленомегалия
	гипертрихоз
5	Для болезни гиалиновых мембран характерны
	цианоз
	тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
	метаболический ацидоз
	гипокапния и гипероксемия
	дыхательная недостаточность

6	Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют
	короткий пищевод
	недостаточное развитие кардиального отдела желудка
	недостаточное развитие пилорического отдела желудка
	относительный гипертонус пилорического отдела желудка
	физиологический дефицит ферментов
7	К реактивным состояниям новорожденных относятся
	физиологическая эритема
	милия
	мелена
	вагинальное кровотечение
	нагрубание молочных желез
8	Для паротитной инфекции характерны
	панкреатит
	поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
	энцефалит
	нефрит
	орхит (или аднексит)
9	Для экссудативного плеврита характерны
	ослабление дыхания
	бронхиальный тип дыхания
	притупление перкуторного звука
	ослабленное голосовое дрожание
	усиление голосового дрожания
	шум трения плевры
10	Для гемолитико-уремического синдрома характерны
	анемия
	прямая гипербилирубинемия
	непрямая гипербилирубинемия
	тромбоцитопения
	олигурия
	азотемия
11	Для муковисцидоза характерны
	полифекалия
	мекониальный илеус
	гипернатриемия
	стеаторея
	ателектазы
12	При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются
	одышка и непереносимость физической нагрузки
	повторные пневмонии
	акцент второго тона на легочной артерии
	судороги
	тахикардия

13	Нестероидные противовоспалительные препараты рекомендуются при
	ревматизме
	ревматоидном артрите
	болезни Верльгофа
	посттравматическом артрите
	реактивном артрите
14	Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать
	усиление тромбообразован
	повышенную кровоточивость
	повышение артериального давления
	возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
	гипергликемию
	гиперкалиемию
15	При отеке легких наблюдаются
	одышка
	ортопноэ
	большое количество влажных хрипов в легких
	учащенное мочеиспускание
	задержка мочеиспускания
16	К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности относятся
	бледность кожных покровов
	нитевидный пульс
	падение артериального давления
	артериальная гипертензия
	гиперемия кожи
	одышка
17	Для недостаточности привратника характерны
	боли в эпигастрии во время еды
	позыв на дефекацию во время еды
	разжижение стула
	рвота без примеси желчи
	запоры
18	Причинами гипохромной анемии являются
	дефицит железа
	нарушение порфиринового обмена
	дефицит фолиевой кислоты
	дефицит витамина В12
	гемолиз
19	К основным причинам дефицита железа относятся
	алиментарный дефицит
	нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
	кровопотеря
	гемолиз
	синдром нарушенного всасывания

20	Причинами нарушения трансплацентарного перехода железа являются
	внутриутробная инфекция
	гестоз
	разные группы крови у матери и плода
	отслойка плаценты
	угроза прерывания беременности
21	К клиническим признакам железодефицитной анемии относятся
	бледность кожи и слизистых оболочек
	систолический шум на верхушке сердца
	спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
	дистрофические изменения кожи, волос, зубов
	койлонихии
22	Признаками начального периода гемобластозов являются
	немотивированные подъемы температуры
	оссалгии
	деформация суставов
	увеличение лимфоузлов
	общая слабость
23	Спленомегалия характерна для
	гепатита
	сепсиса
	бруцеллеза
	железодефицитной анемии
	врожденного сифилиса
24	Спленомегалия характерна для
	ветряной оспы
	инфекционного мононуклеоза
	болезни кошачьих царапин
	цитомегалии
	токсоплазмоза
25	Для непереносимости белков коровьего молока характерно
	появление диареи при грудном вскармливании
	кожные проявления аллергии
	появление диареи после введения коровьего молока
	обнаружение в крови специфических АТ к белкам коровьего молока
	стеаторея
26	Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи
	кабачки
	огурцы
	томаты
	морковь
	капуста
27	Отдаленными последствиями избыточного потребления белка ребенком в первые месяцы жизни являются

	инсулиннезависимый сахарный диабет
	диффузно-токсическийзоб
	синдромадефицитавнимания
	метаболическийсиндром
28	Диарея характерна для
	гриппа
	ротавирусной инфекции
	цитомегаловирусной инфекции
	аденовирусной инфекции
29	Клиническими эквивалентами гипокалиемии у детей с эксикозомII степени являются
	жажда
	адинамия
	брадикардия
	парез кишечника
30	Принципами диетотерапии при ОКИ у детей раннего возраста являются
	дозированное кормление
	водно-чайная пауза
	использование низколактозных смесей
	использование адаптированных кисломолочных смесей
31	Характерными нарушениями, возникающими при белковой недостаточности, являются
	развитие жировой инфильтрации печени
	изменение химического состава и морфологического строения костей
	изменения в эндокринных железах и понижение их функциональной способности
	снижение иммунобиологической реактивности организма
32	Концентрационную функцию почек характеризуют
	проба Зимницкого
	белок и белковые фракции
	относительная плотность мочи
	осмолярность мочи
	электролиты крови
33	Фильтрационную способность почек характеризуют
	клиренс эндогенного креатинина
	креатинин крови
	уровень мочевины крови
	осмолярность мочи
	селективность протеинурии
34	Активность воспалительного процесса отражают биохимические показатели
	белковые фракции
	щелочная фосфатаза
	С-реактивный белок
	электролиты крови
	фибриноген крови
35	Осложнениями острого гломерулонефрита являются

	почечная недостаточность
	гипертоническая энцефалопатия
	тромботические осложнения
	снижение слуха
	недостаточность кровообращения
36	Для больных волчаночной нефропатией характерно наличие
	пневмонии
	кожного синдрома
	полисерозита
	быстропрогрессирующего нефрита
	лейкопении
37	Терапия дыхательной недостаточности, сопровождающей бронхообструкцию у больного ОРЗ, включает
	улучшение бронхиального дренажа с помощью муколитических средств и повторных ингаляций с бронхолитическими препаратами, массаж
	кислородотерапию
	массивную инфузионную терапию
	применение бронхолитических препаратов
	парентеральное введение глюкокортикоидов, дезагрегантов

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Оценка состояния и физического развития детей разного возраста.
2. Оценка и составление графика вакцинации.
3. Расчёт и коррекция питания детей первого года жизни.
4. Расчёт и коррекция питания больных детей различных возрастов и групп здоровья.
5. Расчет и коррекция питания здорового ребенка старше года:

– здоровых детей раннего возраста,

– больных детей различных возрастных групп.

6. Оценка результатов анализов:

– общего анализа крови;

– анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому;

– биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях:

– ревматологических заболеваниях (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба);

– заболеваниях почек (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевина, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор);

– заболеваниях печени (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба. АЛТ, АСТ. ЩФ);

– кислотно-основного состояния крови;
– сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи;
– серологических маркеров вирусных гепатитов А, В, С;
– исследования иммунного статуса при различных формах инфекционных заболеваний у пациента;
– маркёров сыворотки крови при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе и др.
– проб Манту, Пирке;
– копрограммы.
– оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.

7. Оценка результатов инструментальных методов исследования:
– Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
– УЗИ органов брюшной полости;
– Колоноскопия;
– Ирригография;
– Биопсия печени;
– РХПГ;
– Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости;
– Контрастное рентгенологическое исследование брюшной полости;
– Суточная рН-метрия;
– Исследование костного возраста;
– Биопсия почки;
– Ангиография почек;
– Экскреторная урография;
– Цистография;
– Бронхография;
– Плевральная пункция;
– Томография органов грудной клетки;
– Рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
– Функция внешнего дыхания;
– ЭКГ;
– ЭХО-КГ;

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Становление биоценоза в неонатальном периоде. Дисбактериоз. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
2. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
3. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.

4. Респираторный дисстресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных.

5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.

6. Менингиты у новорожденных детей.

7. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.

8. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных.

9. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.

10. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.

11. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.

12. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.

13. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатикогипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клиника. Лечение, профилактика.

14. Диететика. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.

15. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.

16. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.

17. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

18. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.

19. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.

20. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.

21. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

22. Респираторные аллергозы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний.

23. Атопические заболевания у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.

24. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

25. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение, профилактика.

26. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.

27. Пилороспазм, пилоростеноз у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.

28. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.

29. Гломерулонефрит у детей раннего возраста. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.

30. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.

31. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.

32. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста.

33. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

34. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.

35. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз.

36. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.

37. Артериальные гипотензии у детей и подростков. Клинические проявления. Лечение.

38. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

39. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

40. Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

41. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация.

42. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.

43. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

44. Опухоли сердца у детей. Аномалии коронарных артерий. Инфаркт миокарда у детей и подростков. Клиника, диагностика.

45. Первичная и вторичная легочная гипертензия у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Амилоидоз. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

46. Сердечная недостаточность у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Механизмы компенсации. Лечение. Профилактика.

47. Острая сосудистая недостаточность (обморок, шок, коллапс) у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика

48. Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Бронхиолит. Хронический бронхит. Клиника, диагностика.

49. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.

50. Острые и хронические пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Особенности течения пневмонии в зависимости от формы, этиологии, тяжести и осложнений. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.

51. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции

52. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

53. Муковисцидоз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

54. Идиопатический легочный гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

55. Синдром Картагенера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

56. Синдром Гудпасчера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

57. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

58. Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания.Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.

59. Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

60. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Почечные дисплазии у детей.

61. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.

62. Гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика отдельных форм гломерулонефрита и с другими

заболеваниями почек. Особенности течения у подростков. Принципы современного лечения. Показания и противопоказания к применению иммунодепрессивной терапии кортикостероидов, цитостатиков. Профилактика.

63. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение. Амилоидоз почек. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

64. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Показания к рентгенологическому обследованию. Лечение. Профилактика.

65. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения.

66. Наследственный нефрит. Интерстициальный нефрит. Патогенетические механизмы формирования нефритов. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

67. Острая и хроническая почечная недостаточность у детей и подростков. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Неотложная помощь. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек.

68. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочнокишечного тракта.

69. Гастроэзофагеальный рефлюк. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.

70. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

71. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

72. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.

73. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией

74. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.

75. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.

76. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.

77. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.

78. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.

79. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

80. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитома, медуллобластома). Диагностика. Принципы лечения.

81. Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.

82. Остеосаркома, Рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Девочка, Светлана Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом - без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях.

Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уроне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ№13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

Дата	HB (г/л)	Эр.(1012/л)	Лейк. (109/л)	С/я (%)	лимф (%)	мон. (%)	ТВ (109/л)	СОЭ мм/ч
10.09	120	4,2	9,0	29	60	8	194	5

Протеинограмма:

Дата	Общий белок (г/л)	Альбумины	Глобулины			
			α1	α2	β	γ
10.09	75	53 %	5,0 %	12 %	1 5 %	15 %

Биохимический анализ крови:

Дата	Мочевина	Мочев. к-та	Молочная к-та	АЛТ	АСТ	ГГТ	Глюкоза
Един.	мМ/л	мкМ/л	мМ/л	МЕ/л	МЕ/л	МЕ/л	мМ/л
Норма	2.5-6.4	210-420	1,0 – 1,7	5-40	5-42	5-35	3.3-5.5
10.09	3,9	141	2,8	137	224	127	2,9

Липидограмма:

Дата	Холестерин	Триглицериды	ЛПВП	ЛПОНП	ЛПНП
Един.	ММ/л	ММ/л	ММ/л	ММ/л	мМ/л
Норма	2.5 – 6.2	0.1 – 2.2	0.7 – 2.3	До 1.0	1.55 – 3.63
10.09	9,2	3,00	0,4	1,36	2,24

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхонеоднородность, сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены – 3-х фазный кровоток.

Задание:

1. 1.Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. 3.Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. 4.Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. 5.Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. 6.Основные принципы лечения?

Ситуационная задача № 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом "кишечное кровотечение".

Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 неделе, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - 5,4х1012/л, ЦП - 0,94, тромб-310,0х109/л, Лейк - 5,9х109/л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м- 8%, СОЭ - 2мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4"). Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ -90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс -25%, D- димер-

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевина - 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?

4. Оцените результаты представленных анализов
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно- профилактические мероприятия, прогноз.

Ситуационная задача № 3

Ребенок 1года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяце масса тела – 9кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками.

Анамнез болезни: в 10,6 месяцев ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр- 3,6*1012 /л, тромб. - 216,0* 109 /л, лейк.- 4,3* 109 /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -58г/л, альбумины-40%, глобулины: α1-5%, α2-10%, β-20%, γ-25%, мочевина-3,7 ммоль/л, билирубин-7,0 мкмоль/л, холестерин-1,9 ммоль/л, калий-3,5 ммоль/л, фосфор-0,93 ммоль/л, глюкоза-4,7 ммоль/л, ЩФ-430 Ед/л (норма 50-400).

Пилокарпиновая проба: Хлориды пота-39 мэкв/л.

Эзофагогастродуоденоеюноскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощённых складок в виде налёта «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощёнными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Гистологичекое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?

3. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?

4. Назначьте диету ребенку. Как долго он должен находиться на специальной диете?

5. Показано ли назначение глюкокортикоидных гормонов?

6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 4

Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр – 3.5*1012/л, Лейк – 7.0*109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз –3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?

4. Лечебная тактика.

5. Особенности диспансерного наблюдения?

6. Прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 5

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее-искусственное. адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр.

Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, пригушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*1012/л, лейк.-7,6*109/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ – 2мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок нет, эпителий единичный, лейк.- 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат.

Анализ кала на плазменные белки: +++

Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины– 28%, глобулины: α1-6,5%, α2-35,5%, β -16%, γ -14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.-0,47ммоль/л,холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отёчная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов бр. полости: печень не увеличена, контур ровный, паренхима мелкозернистая; поджелудочная железа не увеличена; в бр. полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Ситуационная задача № 6

Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась

желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодия до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес.

Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- 4,8х1012/л, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%,

лейк. -8,8х109/л, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевина - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фофатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
5. Лечебно профилактические мероприятия
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 7

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С.

2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отечность и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину.

Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно- ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие,

склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %, α1-глобулины – 4%, α2-глобулины – 15%, β-глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевина – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы Т в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6.

ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача № 8

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД -85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона.

Общий анализ крови: Эр - 2,8 х 10^{12}/л; НЬ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50‰ - 5%. анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - 8,7 х 109/л; п/я - 6%, с/я -50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390 хЮ9/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало -1 минута, конец -2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - сол. -желтый, прозрачность полная; плотность -1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты -2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 -10%, бета -13%, гамма -16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
6. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

Ситуационная задача к билету № 9

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - 3,5 х 10^{12}/л, Ц.п. - 0,9, Тромб -435 х 109/л, Лейк - 10,5 х 10^{9}/л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевина -3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность -1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры

отсутствуют.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Прогноз и диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 10

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр – $3{,}1 \times 10^{12}$/л; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - 256х109/л; лейк. - $13{,}6 \times 10^{9}$/л; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1мкмоль/л; мочевина - 1,14 ммоль/л; К+ - 5,3 ммоль/л;

Na+ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

Ситуационная задача № 11

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспоринами, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску.

При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38ºС, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально – моча розового цвета.

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр-3,2 х 1012/л, тромб – 312 х 109/л, лейк – 14 х 109/л, п/я – 0%, с/я – 35%, э-4%, б-1%, лимф –55%, мон – 5%, СОЭ- 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет.

Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом- натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 моль/л.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз

Ситуационная задача № 12

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка.

При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастернальной и правой среднеключичной линиями, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Общий анализ крови: Hb - 168 г/л, эритроциты – 6,1 х 1012 /л, тромбоциты - 186 × 109/л, лейкоциты - 6,3 × 109/л, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма – до 125).

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?

5. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?

6. Тактика терапии, прогноз.

Ситуационная задача № 13

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – 4,2 х 1012/л, тромбоциты – 202 х 109/л, лейкоциты – 12,6 х 109/л, п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06‰, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α1 – 11%, α2 – 10%, β - 5%, γ - 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5).

Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие еще обследования следует провести больному?

3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?

5. Составьте план лечения больного.

6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Ситуационная задача № 14

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц - боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии - признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут - 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика – купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула.

Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по средне-ключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм.

При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х 1012/л, тромб – 312, лейк – 5,8х109/л, п/я – 4%, с/я – 58, э-4%, лимф –32, мон – 3%, СОЭ- 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α1 – 5%, α2 – 10%, β - 13%, γ - 19%; АЛТ – 37 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, ГГТ – 43,9 ед/л (норма 6-37).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дискомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлено развитие артрита?
4. Объясните изменения со стороны печени. В чем заключается их патогенез?
5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 15

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протиенурии и эритроцитурии.

Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких - хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено.

Данные проведенного обследования:

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эритроциты – 4,4х1012/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 7,3х109/л, п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5– 10 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500, эритроциты – 120000, цилиндры – 2000.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача № 16

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным

врачом была назначена «Но-шпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита.

Акушерский анамнез не отягощен, раннее развитие по возрасту.

При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в правом подреберье. Симптом Кера – слабоположительный. Ортнера, Мюсси – отрицательные. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - 4,4х1012/л; Лейк , - 7,2х109/л; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, ЩФ - 165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, ЛПОНП – 0,5 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65х31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется эхопозитивное образование размером 11х4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.
5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?
6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 17

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде.

Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец – гастродуоденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери – сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца – ИБС, атеросклерозом, гипертоническая болезнью.

Раннее развитие ребенка – без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением.

При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилородуоденальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси – отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий – 5,5 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП –1,1 ммоль/л, ЛПОНП – 0,8 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75х32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещаемые эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Лечебно-профилактические мероприятия
6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 18

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочевыделения. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 380 С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный.

Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - 1,4×1012/л, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - 50×109/л, лейкоциты - 11,5×109/л,

метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок -1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевина - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой -33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий -7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25ЕД, АЛТ - 35ЕД, ЛДГ 650 ЕД (N < 279) .

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования показаны?
5. Какова тактика ведения пациентки?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 19

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время.

Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки.

При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая - по парастернальной линии, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой передней аксилярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось.

Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?
3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании?

6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 20

Дима К., 9 лет, 2 месяца назад на фоне общего благополучия, через 1 час после ужина почувствовал острую боль в животе в области правого подреберья и пупка. Ребенок был доставлен в хирургическое отделение детской больницы. На основании данных, полученных при проведении общего осмотра, ультрасонографии, анализов крови и мочи, был поставлен диагноз «Калькулезный холецистит». Оперативно ребенку был удален желчный пузырь. При макроскопическом осмотре желчного пузыря в его полости обнаружен единичный конкремент размером 20х21мм. Раннее течение послеоперационного периода – без особенностей. Выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии.

Через 3 недели после операции ребенок стал предъявлять жалобы на тошноту, чувство «тяжести» и тупую ноющую боль в эпигастральной области и правом подреберье через 20-30 минут после еды. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, частично непереваренный.

Раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез: Отец ребенка здоров, мать и бабушка были прооперированы по поводу желчнокаменной болезни в возрасте 35 лет.

При осмотре: рост 140 см, масса 35 кг, кожа бледная, чистая, зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - 4,4х1012/л; Лейк , - 7,2х109/л; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 25 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 95 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 180 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ЛПОНП – 0,9 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь не определяется, ложе желчного пузыря чистое. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки утолщены. Поджелудочная железа: головка 22мм (норма 16), тело 16 мм (норма 15), хвост 21 мм (норма 16), эхогенность всех отделов снижена, структура неоднородная.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

2. В чём заключается патогенез нарушения пищеварения после удаления желчного пузыря?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4. Назовите показания к оперативному и консервативному лечению

5. Какие группы препаратов должны быть назначены для лечения этого заболевания?

6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 21

На приеме девочка О., 6 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, непроизвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые непроизвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки.

Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала бисептол с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась плаксивость, повышенная утомляемость, размашистые некоординированные движения. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Клиническая симптоматика была расценена как проявления астенического синдрома, синдрома навязчивых движений, назначена метаболическая, седативная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются непроизвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожный покров бледно-розовый. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца: I тон приглушен, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область и не исчезает в ортостазе. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, эритроциты – 4,5 × 1012/л, тромбоциты – 217 х 109/л, лейкоциты – 4,4 × 109/л, п/я – 2%, с/я - 46 %, лимфоциты - 48%, моноциты - 2%, эозинофилы – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр. эритроциты отсутствуют.

Иммунологические показатели: АСЛО – 1:2500 (норма до 1:200).

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 уд. /мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз по современной классификации.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Что является показанием для назначения глюкокортикостероидной терапии?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 22

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массо-ростовые прибавки достаточные.

В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось «тяжелое дыхание».

При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой передне-аксиллярной линии, правая — по правой парастернальной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 3,5 × 10^{12}/л, тромбоциты - 314 × 109/л, лейкоциты - 8,0 × 109/л, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 0-1 в п/зр. эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС 280 уд. /мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите основные патогенетические механизмы данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз

Ситуационная задача № 23

Мальчик 12 лет госпитализируется впервые. В течение последних 2-х лет беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Амбулаторно неоднократно назначались антацидные препараты, витамины, проводилась коррекция диеты. Эффект от проводимой терапии был кратковременным. 3 месяца назад мальчик стал заниматься спортивной гимнастикой. Через месяц появилась изжога, отрыжка «кислым», боли за грудиной, возникающие после еды и ночью.

Раннее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Инфекционными заболеваниями болеет редко.

Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет – гастродуоденитом; у дедушки (по линии матери) – рак пищевода.

При осмотре: положение активное. Кожные покровы чистые, розовые. Катаральные явления отсутствуют. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастральной области. Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb – 126 г/л; эр.-4,4х1012/л; ц.п.-0,92; лейк –7,2х109/л; п/я-3%; с/я –54%; э-3%; л-32%; м-8%; СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет – светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность–1023, pH –6,0, белок, глюкоза –abs, эпителий плоский –един. в п/зр., лейкоциты –1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 12%, γ-18%; АсАТ – 28 Ед/л; АлАТ – 30 Ед/л; ЩФ – 78 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сывороточное – 16 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая оболочка пищевода гиперемирована в н/3 по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,3 см, с беловатым налетом. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. В просвете желудка слизь, желчь. Привратник смыкается неполностью. Слизистая

оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов умеренно гиперемирована, отечна.

Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В н/3 пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода.

Внутрижелудочная суточная pH-метрия: базальный уровень pH в теле желудка 1,2-1,4 ед. (нормацидность 1,6-2,0); в пищеводе – 7 ед. (норма min 4,1 ед, max 7 ед), в антральном отделе – 5 ед. (норма max 5 ед.) За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения pH в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня pH выше 5 ед.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Каков прогноз данного заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Ситуационная задача № 24

Девочка 4-х лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на выраженный отек губ и лица, кашель, появление уртикарных элементов по всем кожным покровам, боли в животе. Накануне поступления в стационар девочка употребляла в пищу орехи и яблочный сок.

Из анамнеза известно, что у ребенка в 3 года в апреле, мае наблюдался выраженный зуд глаз, частое чихание, появление обильного слизистого отделяемого из носа. В раннем возрасте отмечались явления атопического дерматита в виде пятнисто-папуллезной зудящей сыпи на коже лица, рук, ног, животе. У отца ребенка явления сезонного риноконъюктивита.

При осмотре: отек мягких тканей лица. На коже уртикарии диаметром до 5-8см, отек конечностей. Беспокоит интенсивный кожный зуд. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был накануне без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено.

Клинический анализ крови: Нв- 121 г/л, эр-4,26 х 1012/л, лейк – 6,8 х 109/л, п/я – 2%, с/я – 57%, э-13%, б-0%, лимф –20%, мон – 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Какие диетические рекомендации Вы дадите родителям ребенка?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 25

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел.

В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 х 1012/л, Лейк -13,9 х 109/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Клинический анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 26

В областную больницу поступил подросток 15 лет с жалобами на периодическое изменение цвета мочи (по описаниям напоминает цвет мясных помоев).

Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, третьих срочных, физиологических родов. Вакцинирован по календарю. Респираторными заболеваниями болеет 3-4 раза в год. До поступления в стационар не обследовался, анализ мочи делался последний раз в 7 лет, результат неизвестен. Из семейного анамнеза известно, что у матери с детства эритроцитурия с умеренной протеинурией, дед по линии материи умер в 30 лет от почечной недостаточности, страдали снижением слуха, вплоть до полной глухоты. Брат матери с 28 лет получает лечение гемодиализом.

При осмотре подросток правильного телосложения. Рост и вес соответствую 25 перцинтили. Отвечает только на вопросы, заданные громко. Кожа бледная, сухая. Отеков нет. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст. мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча мутная, коричневатого оттенка. Стул не изменен.

Клинический анализ крови («Cito!») - эритроциты 3,5х1012/л, гемоглобин – 98 г/л, СОЭ – 5 мм/ч; Креатинин сыворотки крови («Cito!») 167 ммоль/л.

Анализ мочи; удельный вес 1,011, цвет красный, белок 1, 5 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план обследования и обоснуйте необходимость проведения нефробиопсии.

4. Назначьте лечение и план диспансерного наблюдения за ребенком.

5. Определите прогноз течения заболевания у данного ребенка.

6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача № 27

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие протекало без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. Наследственный анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - 4,3х1012/л, Лейк - 12,3х109/л, п/я -5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99%о.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины -53%, альфа-1 - глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 17%, бета-глобулины -12%, гамма-глобулины - 15%, мочевина - 17,2 ммоль/л, креатинин -187 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин -6,0 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 100), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - до 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма -1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и обоснуйте его.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Составьте план обследования.

4. Есть ли показания к консультации отоларинголога?

5. Назначьте необходимое лечение.

6. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача № 28

Миша 3 лет посещает детский сад, где диагностировано несколько случаев ветряной оспы в соседней группе.

Раннее развитие без особенностей, рос и развивался соответственно возрасту. Перенес краснуху, скарлатину, частые ОРВИ. Последний эпизод ОРВИ неделю назад, получал симптоматическую терапию, выписан в детский сад.

Заболел остро, температура тела 39,00С. Жалобы на болезненность в полости рта, одновременно на коже верхнего века правого глаза и верхней губы появились группирующиеся пузырьковые высыпания, на других участках тела сыпи нет. Врач неотложной помощи поставил диагноз ветряная оспа, тяжелая форма и госпитализировал ребенка.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснована ли госпитализация?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные тесты необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите необходимые противоэпидемические мероприятия в детском саду.
6. Каково дальнейшее течение данного заболевания?

Ситуационная задача № 29

Мальчик Сергей Н., 12 лет госпитализируется впервые.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Находился на амбулаторном лечении с диагнозом «шейный лимфаденит», получал антибактериальную терапию. Лечение эффекта не дало. Анализы на токсоплазмоз и вирус Эпштейн-Барр – отрицательные. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,50С, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты. Мальчик резко похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее справа, общим размером 6,0×6,0см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 0,8×1,2см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. Дыхание через нос не затруднено. Перкуторный звук ясный, легочный, при аускультации в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно и пальпаторно не увеличены. Стул регулярный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, тромбоциты - 410×109/л, лейкоциты - 6,9×109/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 24%, СОЭ 47 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты - 1,8%, нейтрофильный росток - 67%, эритроидный росток - 25%, лимфоциты - 8%, эозинофилы - 5%, мегакариоциты 1 на 350 миелокариоцитов.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Пункция шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии и гистологического варианта заболевания?

4. Что включает в себя терапия данной патологии и от чего зависит ее объем?

5. Каков прогноз заболевания при данной стадии?

Ситуационная задача № 30

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе.

Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении-3200, длина-50 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм по возрасту. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса-10 кг, рост-75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились с 2-х недельного возраста. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния. Два дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул с кислым запахом до 10-12 раз в сутки, метеоризм, боли в животе.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребёнка «не любят» молоко.

При осмотре: ребёнок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зубы 6/8 белые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный и урчит при пальпации. Стул 2 р/сут. пенистый, с кислым запахом. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Hb-120 г/л, эр-4,2х1012л, лейк-5,1х109 л, п/я-2%, с/я-33%, э-3%, л-52%, м-10%, СОЭ- 3мм/час.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относит. плотность-1015, лейк-2-3 в поле зрения, эритроциты- нет.

Копрограмма: цвет жёлтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна единичные, жирные кислоты-незначительное кол-во, крахмал-много, йодофильная флора-немного.

Углеводы в кале: 0,8 г%.

Гликемические кривые после нагрузки:

С Д-ксилозой: через 30 мин-1,5 ммоль/л, через 60 мин - 2, 5 ммоль/л, через 90 мин-2,2 ммоль/л.

С лактозой: натощак-4,3 ммоль/л, через 15 мин – 4,4 ммоль/л, через 30 мин- 4,6 ммоль/л, через 60 мин-4,8 ммоль/л, после нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

С сахарозой: натощак – 4,1ммоль/л, через 15 мин – 4,8 ммоль/л, через 30 мин – 5,6 ммоль/л, через 60 мин – 4,1 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Почему родственники ребенка «не любят» молоко? Дайте рекомендации по питанию ребенку.

5. Есть ли необходимость в назначении медикаментозной терапии?

6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 31

Мальчик 5 лет заболел внезапно в детском саду. В 13 часов температура тела 400 С, сильная головная боль, рвота 3 раза. Врач неотложной помощи поставил диагноз

«Грипп». После введения литической смеси состояние не улучшилось, в связи с чем ребенок был госпитализирован. Дома и в детском саду все здоровы.

При поступлении состояние очень тяжелое. Ребенок бледен, в сознании, отмечалась повторная рвота. На коже бедер и внизу живота единичные элементы геморрагической сыпи. Кашля, насморка нет. Зев умеренно гиперемирован, без налетов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 140 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезенка не пальпируется. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон, красный дермографизм.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте необходимый план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду и дома?

Ситуационная задача № 32

Девочка Маша К., 9 лет поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних месяцев девочка часто болеет, быстро устает, аппетит снижен, снизилась успеваемость в школе.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура тела не повышена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. По всему телу петехии и экхимозы. Отмечается незначительное кровотечение из носа, кровоточивость десен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Стул регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb - 64г/л, эритроциты 2,1×1012/л, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты 1,7×109/л, сегментоядерные - 7%, палочкоядерные - 4%, лимфоциты - 86%, эозинофилы-1%, моноциты – 2%, СОЭ 28 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 8%, эритроидный росток 6%, мегакариоциты не найдены.

Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1018, белок следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Назовите современные методы лечения данной патологии. На чем они основаны?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 33

При повторном осмотре на дому мальчика К., 8 лет, больного ОРВИ, врач отметил усиление сухого кашля, появление признаков дыхательной недостаточности.

В течение последних 2х лет ребенок страдает ОРВИ 1 раз в 2 месяца. Подобные симптомы отмечались ранее практически во время каждого эпизода ОРВИ.

Из анамнеза известно, что мальчик от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200гр, длина 51см, на естественном вскармливании до 6-ти мес. Психомоторное развитие по возрасту. На 2-ом году жизни отмечались проявления атопического дерматита.

Наследственность: у матери - пищевая аллергия; отец- здоров, курит; у бабушки по материнское линии- хроническое заболевание бронхолегочной системы.

При осмотре: Температура тела 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, затрудненный выдох с участием мышц плечевого пояса. Над легкими перкуторно определяется коробочный звук, аускультативно в легких сухие свистящие хрипы. ЧДД 32 в мин. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 108 ударов в минуту. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурических явлений нет. Общий анализ крови: Нв 124 г/л, Эр — 4,3 х1012/л, Лейкоциты - 10,2х 109/л, п/я -1%, с/я -30%, лимф. 56%, э -6%, м- 7%, СОЭ 20 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

ФВД: ОФВ1 78%, ФЖЕЛ 75%, MEF 75% 68%, MEF 50% 58%, MEF 25% 50%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Есть ли показания к госпитализации ребенка в стационар?
4. Назначьте терапию больному.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Какими видами спорта можно заниматься данному ребенку?

Ситуационная задача № 34

Сережа М., 3 года, от молодых родителей. Мать страдает крапивницей, сестра матери – бронхиальной астмой. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. Роды в срок, протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500г, длина 50см. Грудное вскармливание до 2-х месяцев, смешанное - до 3-х месяцев, далее - искусственное.

В 6 месяцев на коже лица и рук появились множественные элементы строфулезных высыпаний. С возраста 1 года после приема цельного молока, молочных продуктов и рыбы появился неоформленный стул с примесью слизи прожилок крови.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – 3.5х1012/л, Лейк – 7.0х109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 12%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12мм/ч

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе– 1:280 (N-1:30), к белку коровьего молока- 1:920 (N- 1:80)

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N- до 100 Ед/л) Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к бета-лактальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз
3. Перечислите основные принципы подбора диеты.
4. Назовите специфическую терапию при данном заболевании.

5. Каковы особенности проведения профилактических прививок при данной патологии?

6. Определите прогноз при данном заболевании.

Ситуационная задача №35

Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, срочных родов. Раннее развитие протекало без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Девочку периодически беспокоят боли в животе, часто на фоне повышения температуры тела. Иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа бледная, чистая от сыпи. Температура тела 38°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 114 г/л, эритр. – 4,5×1012/л, лейк. – 18,5×109/л, п/я – 10%, с/я – 70%, лимф. – 22%, мон. – 9%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06%0, лейк. – сплошь все поля зрения, эритр. – 0-1 в п/зрения, бактерии – много.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза и назначения адекватной терапии.
4. С какой целью необходимо проведение цистографии?
5. В чем заключается лечение данного заболевания?
6. Длительность диспансерного наблюдения за ребенком в стадии ремиссии.

Ситуационная задача № 36

Мальчик А., 6 мес. поступил в ДКБ № 1 12.11. с направляющим диагнозом: «ОРВИ, геморрагический синдром».

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5.11, когда на фоне лихорадки до 380С появились жалобы на кашель насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: «Отит», назначил симптоматическую терапию, но повторно ребенка не консультировал.

В ночь на 12.11. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь – элементы темно-багрового цвета. Бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в клинику.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, кожа с сероватым оттенком, по всей ее поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие. АД – 40/0. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?

6. Лечебно-профилактические мероприятия

Ситуационная задача № 37

Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела.

Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки – без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1 х 1012/л, тромбоциты – 332 х 109/л, лейкоциты - 5,0 х 109/л, п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените представленные результаты обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Предположите этиологию данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

Ситуационная задача № 38

Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр - 4,1х1012/л, Лейк- 8,5х109/л; нейтрофилы: п/я-4%, с/я-50%; э-1%, л-35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон – «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л.

КОС: pH - 7,1; pO2 - 92 мм рт.ст.; pC02 - 33,9 мм рт.ст.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 39

Оля К., 1 год 8 месяцев. Родилась от 2-й физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов (старший брат, 4г., здоров). Масса тела при рождении 3800 г, рост 52 см. Во время беременности у матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки наблюдалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки.

На первом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост - 75 см, вес – 9,5 кг. Двигательная активность снижена, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 91 г/л, Эр - 3,8х1012/л, Ц.п. - 0,85, Лейк -9,0х109/л; нейтрофилы: п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,8 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 135,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?

5. Назовите основные принципы терапии.

6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 40

Ребенок К., 4 дня, от 1-й физиологично протекавшей беременности, срочных родов. При рождении масса 3000 г, рост 51 см.

При осмотре выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.

С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: Hb - 115 г/л, Эр - 5,0х1012/л, Лейк - 9,5х109/л; нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 50%; э-2%,л-38%,м-8%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин -4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л.

Гормональный профиль: 17-ОПГ – 10 нмоль/л (н- 1,3 – 6,9 нмоль/л); кортизол – 20 нмоль/л (н- 270 – 770 нмоль/л); АКТГ – 20 пмоль/л (н- 2-11 пмоль/л).

Кариотип: 46 ХХ.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Укажите тип наследования данного заболевания. Какая вероятность рождения больного ребенка в этой семье?

4. В чём причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?

5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования.

6. Назовите препараты, используемые в качестве заместительной терапии при данном заболевании.

Ситуационная задача № 41

Девочка 12 лет, заболела остро после переохлаждения, когда появились боли в поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания. Лихорадит до 40°С.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом в I половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие протекало без особенностей, профилактические прививки проведены по графику. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде сыпи. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°С, повторная рвота. Кожа бледная, «синева» под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 28/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 92 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью, симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание болезненное, частое.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк. – 23,8х109/л, п/я – 10%, с – 70%, эоз. – 2%, л– 18%, м – 5%, СОЭ – 45 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1010, реакция щелочная, белок 0,09 %о, лейк. – 100-150 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Посев мочи: получен рост кишечной палочки – 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к цефамизину, гентамицину, амикацину, ципрофлоксацину амоксициллину, цефтриакосну, фурагину.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 42

Мальчик В., 7 лет, поступил в стационар в связи с жалобами на лихорадку 38,5-39,8С в течение последних двух недель, слабость, озноб, потливость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 1 месяца у ребенка по данным планового эхокардиографического исследования был выявлен врожденный порок сердца: двустворчатый клапан аорты с минимальной недостаточностью. Ребенок наблюдался кардиологом амбулаторно, регулярно проводилось ЭхоКГ (без отрицательной динамики в сравнении с предыдущими исследованиями), симптомов недостаточности кровообращения не было, медикаментозную терапию не получал. 4 недели назад мальчику проводилось лечение кариеса зубов у стоматолога, после чего появились вышеизложенные жалобы. Амбулаторно применение жаропонижающих препаратов приводило к кратковременному снижению температуры.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов с «землистым» оттенком. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 34 в минуту. Аускультативно дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая – по левой передней аксиллярной линии, верхняя – II межреберье. Выслушивается интенсивный диастолический шум, максимум во II межреберье справа от грудины. ЧСС 116 уд/мин. АД на руках 115/30 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb - 95 г/л, эритроциты - 4,1 × 10^{12}/л, тромбоциты - 380 × 109/л, лейкоциты – 21,3 × 109/л, п/я - 7%, с/я - 64 %, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 23%, моноциты - 3%, СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок - следы, глюкоза отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Обозначьте основные диагностические критерии заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

Ситуационная задача № 43

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3х месяцев появилась повышенная утомляемость, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что ребенок бледный, спустя 4 повысилась температура до 39,3° С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. Амбулаторно в клиническом анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200х109/л.

С подозрением на хронический лейкоз мальчик госпитализирован в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4.0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр - 3.2х1012/л, Тромб - единичные, Лейк - 208х109/л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопсроксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л. реакция Панди --, бласты-100%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 44

Мальчик, 4 года, направлен на консультацию в нефроурологический центр в связи с варусной деформацией ног.

Анамнез жизни: От I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины, срочных, физиологических родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2-х месяцев. Зубы – с 8-ми месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D3 в курсовой дозе 150000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 18 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у матери с раннего детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость. В 18 лет рост 120 см, затем перенесла операцию по выпрямлению конечностей с использованием аппарата Илизарова, в настоящее время

рост 150 см. Бабушка по матери здорова, дед по матери отличился малорослостью, с семьей давно не живет. Отец здоров, по линии отца инсульт в анамнезе у деда, гипертония у бабушки. .

Анамнез заболевания: В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация ног нарастала. На 3-ем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин Д3 в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В б/х анализе крови неоднократно фиксировалось повышение щелочной фосфатазы. При осмотре: Жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост – 87 см, масса тела – 13,7 кг, окружность головы – 48 см, окружность груди – 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. АД 82/56 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, живот при пальпации мягкий. Безболезненный. Печень +0ю5 см, селезенка не пальпируется. Стул ежедневно, оформленный. Дизурии нет.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: Hb – 132 г/л; эр – 3,9×1012/л; тромб – 280×109/л; лейк. – 9,7×109/л: п/я – 2%, с/я – 38%, лимф. – 50%, эоз. – 2%, мон. – 8%; СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; удельный вес – 1015; реакция –6.0 ; белок –нет; эритроциты нет, лейк. – 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумин 42 г/л, , СРБ отр., серомукоид 0,180, холестерин 4,5 ммоль/л, креатинин IDMS 36 мкмоль/л, мочевина 4,2 ммоль/л, калий 4,7 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л., кальций 2.0 ммоль/л, фосфор 0.9 ммоль/л, щелочная фосфатаза 720 ЕД (норма менее 644) АлАТ 32 ЕД, АсАТ 24 ЕД.

Биохимический анализ мочи: Са2+ – 3,9 мг/кг/сут. (N – 2,0-2,5 мг/кг/сут.); фосфор – 46 мг/кг/сут. (N – до 20 мг/кг/сут.).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

Кислотно-основное состояние крови: pH = 7,37; BE = -2,5

Рентгенография трубчатых костей нижних конечностей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли больной в каких-нибудь дополнительных обследованиях?
3. Какой тип передачи заболевания по наследству можно предположить в этой семье?
4. Основные принципы лечения заболевания?
5. Контроль каких показателей необходим в процессе лечения?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 45

Витя Л., 10 лет. Родился от 2 физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3500 г., рост – 50,0 см. Ходить начал с 1,5 лет, прорезывание зубов с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учился плохо. С 8 лет стал излишне набирать вес. С 10 лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились: рост 130 см, вес 42 кг. Госпитализирован в тяжелом состоянии.

При осмотре лицо лунообразное, выражен матронизм, стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке. Избыток подкожно-жировой клетчатки в области груди и живота.

Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту, АД 190/120 мм рт.ст. ЧДД 44 в минуту.

Общий анализ крови: гемоглобин – 86 г/л, лейкоциты – $10x10^9$/л (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ – 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин – 8,0 ммоль/л (норма 3,5-5,6 ммоль/л), гликемия натощак – 6,8 ммоль/л.

R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 10 годам.

Отмечается остеопороз.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
4. Перечислите основные методы лечения.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
1.	Пропедевтика детских болезней [Текст]: учеб. для мед. вузов / И. М. Воронцов, А. М. Мазурин; [под общ. ред. О. А. Маталыгиной]. - 3-е изд., доп. и перераб. - Санкт-Петербург: Фолиант, 2010.	10
2.	Неонатология [Текст]: [учеб. пособие для вузов]: в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва: МЕДпресс-информ, 2009.	5
3.	Неонатология [Текст]: [учеб. пособие для вузов]: в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва: МЕДпресс-информ, 2009.	5
4.	Детские болезни [Текст]: учебник / под ред. Н. Н. Володина, Ю. Г. Мухиной. - Т. 1: Неонатология / под ред. Володина Н. Н., Мухиной Ю. Г., Чубаровой А. И. – М.: Династия, 2011.	10
5.	Детские болезни [Текст]: [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. – Т. 1. - Санкт-Петербург: Питер, 2012.	5
6.	Детские болезни [Текст]: [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. – Т. 2. - Санкт-Петербург: Питер, 2012.	5
7.	Детская нефрология [Текст]: [учебник для высшего образования] / [Т. Ю. Абасеева и др.] ; под ред. П. В. Шумилова, Э. К. Петросян, О. Л. Чугуновой. - Москва: МЕДпресс-информ, 2018. - 615 с.: ил. - Библиогр. : С. 587-615. - Авт. указ. на С. 3-4. - (в пер.).	5
8.	Педиатрия [Электронный ресурс]: учеб. для мед. вузов / [В. Г. Арсентьев и др.] ; под ред. Н. П. Шабалова. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. – 936 с.: ил. – (Учебник для медицинских вузов). - Режим доступа: http://e.lanbook.com.	Удаленный доступ
9.	Детские болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А Харитонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
10.	Детские болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова. – 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
11.	Педиатрия [Текст] : нац. руководство : в 2 т. Т. 1 / [Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева и др.]. ; подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : [26] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.	1
12.	Педиатрия [Текст] : нац. руководство : в 2 т. Т. 2 / [О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксенова и др.]. / подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1023 с. : [23] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.	1
13.	Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. / под ред. А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1017 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
14.	Педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Н. А. Геппе. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 432 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
15.	Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / [А. С. Калмыкова и др.] ; под ред. А. С. Калмыковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 706 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
16.	Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / [А. С. Калмыкова и др.] ; под ред. А. С. Калмыковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 864 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
17.	Поликлиническая и неотложная педиатрия : [Электронный ресурс] учебник / Кильдиярова Р. Р. , Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 496 с. :	Удаленный доступ

	ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	
18.	Детская кардиология и ревматология [Текст] : практическое руководство / [Е. А. Колупаева, Н. В. Микульчик, Е. К. Хрусталева и др.] ; под общ. ред. Л. М. Беляевой. - М. : МИА, 2011.	2
19.	Детская кардиология [Текст] : руководство / О. А. Мутафьян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.	5
20.	Детская кардиология [Электронный ресурс] : руководство / О. А. Мутафьян. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 503 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
21.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - М : Медпрактика-М. Т. 3 : Кардиология и ревматология детского возраста : (избранные главы) / [И. В. Абдулатипова, Е. И. Алексеева, Ю. М. Белозеров и др.]. - 2009.	4
22.	Пороки сердца у детей и подростков [Текст] : руководство для врачей / О. А. Мутафьян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.	5
23.	Детская нефрология [Текст] : рук. для врачей / [Т. Ю. Абасеева, Е. Г. Агапов, Н. Н. Бабенко и др.] ; под ред. М. С. Игнатовой. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2011.	3
24.	Инфекционные болезни у детей [Электронный ресурс] : / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 790 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
25.	Руководство по детской эндокринологии [Текст] / под ред. Ч. Г. Д. Брука, Р. С. Браун ; пер. с англ. под ред. В. А. Петерковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 342 с. : ил. - Предм. указ.: с. 334-342. - Пер. изд. : Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology /ed. by C. G. D. Brook, R.S.Brown (Blackwell).	10
26.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирнихина ; под ред. Н. П. Бочкова. – 4-е изд., доп. и перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 592 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
27.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
28.	Клиническая генетика [Текст] : геномика и протеомика наследственной патологии : [учеб. пособие для вузов] / Г. Р. Мутовин. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	10
29.	Наследственные болезни [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алексеев Л. П. и др.] ; гл. ред. Н. П. Бочков [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 964 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
30.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для мед. вузов / Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.	10
31.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	6
32.	Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми [Текст] : учеб. для вузов / Т. В. Капитан. – 5-е изд., доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 655 с. : [6] л. ил.	10
33.	Учебник-практикум по детским болезням [Текст] : для проведения практ. занятий на лечеб. фак. / [Р. Г. Артамонов, С. С. Паунова, В. В. Смирнов и др.; под ред. Р. Г. Артамонова. – Москва : Видар-М, 2013. – 310 с. : [36] л. ил.	10
34.	Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для мед вузов] / [Л. Н. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова и др.] ; под ред. А. А. Баранова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1006 с. ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
35.	Неотложная педиатрия [Текст] : национальное руководство / [Т. Ю. Абасеева, А. А. Вильниц, Н. Н. Володин и др.] ; под ред. Б. М. Блохина ; подгот. под эгидой Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 831 с. - (Национальное руководство). - Предм. указ. : С. 827-831. - Авт. указ. на С. 4-6. - (в пер.).	1
36.	Неотложная помощь и интенсивная терапия в педиатрии [Текст] : руководство : [учебное пособие] / [В. Л. Айзенберг, В. Г, Амчеславский, М. В. Быков и др.] ; под ред. В. В. Лазарева. - Москва : МЕДпресс-информ, 2014. - 566 с. : рис., табл. - Библиогр. : С. 524-525.	10

37.	Эндоскопическая хирургия в педиатрии [Текст] : руководство для врачей / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 598 с. : ил. - (в пер.).	1
38.	Неонатология [Текст] : нац. руководство / гл. ред. Н. Н. Володин ; науч. ред. : Е. Н. Байбарина и др. ; Рос. ассоц. специалистов по перинат. медицине. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 849 с. : [9] л. ил., ил. + CD. - (Национальные руководства).	1
39.	Болезни детей грудного возраста [Текст] : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, П. Д. Ваганов. В. В. Смирнов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011. - 318 с.	10
40.	Болезни детей старшего возраста [Текст] : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, О. Ф. Выхристюк, П. Д. Ваганов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011.	10
41.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. – Т. 3 : Кардиология и ревматология детского возраста: (избр. главы) / [И. В. Абдулатипова, Е. И. Алексеева, Ю. М. Белозеров и др.]. - М : Медпрактика-М, 2009.	2
42.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 9 : Заболевания органов дыхания у детей / под ред. Б. М. Блохина / В. Ф. Баликин и др. - М : Медпрактика-М, 2007.	1
43.	Врожденные пороки черепа и лица у детей [Текст] / А. Г. Притыко. - Москва : Буки Веди, 2017. - 375 с. : ил. - Библиогр. : С. 331-370. - В Содерж. авт. : А. Г. Притыко, И. В. Бурков, Е. В. Неудахин [и др.]. - (в пер.).	11
44.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] : [учеб. пособие для системы постдиплом. образования] / Под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 10 : Восстановительное лечение в педиатрии / под ред. Б. А. Поляева, О. А. Лайшевой. - М : Медпрактика-М, 2008.	2
45.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 11: Детская вегетология / под ред. Р. Р. Шиляева, Е. В. Неудахина / [Антонова Л. К. и др.]. - М : Медпрактика-М, 2008.	2
46.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 12 : Детская дерматовенерология / под ред. Н. Г. Короткого, Н. М. Шаровой. - М : Медпрактика-М, 2009.	1
47.	Детская дерматология [Текст] : атлас / С. Вейнберг, Н. Проуз, Л. Кристал ; пер. с англ. под ред. Н. Н. Потекаева, А. Н. Львова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 333 с. : ил. - Предм. указ. : С. 325 - 333 . - Пер. изд. : Color Atlas of Pediatric Dermatology / S. Wweinberg, N. S. Prose. L. Kristal. 4th ed. (New York etc.) .	4
48.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 14 : Современные рекомендации по питанию детей / под ред. Ю. Г. Мухиной, И. Я. Коня / [Ю. Г. Мухина, И. Я. Конь, С. В. Бельмер и др.]. – М : Медпрактика-М, 2010.	1
49.	Лекции по педиатрии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов] / Рос. гос. мед. ун-т ; под ред. В. Ф. Демина [и др.]. - Т. 9 : Иммунология. - Москва : РГМУ, 2010.	2
50.	Синдром объемного образования брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных [Текст] : методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, Российский государственный медицинский университет ; разраб. : Т. Н. Кобзева, Н. В. Голоденко. - Москва: РГМУ, 2008. - 30 с.	10
51.	Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных [Текст] : методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет ; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.	5
52.	Наглядная педиатрия [Текст] : учебное пособие для вузов / Л. Миалл ; пер. с англ. под ред. Г. Н. Буслаевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 174 с. : ил. - Пер. изд. : Paediatrics at a Glance / L. Miall, M. Rudolf, M. Levene. 2nd. ed. Blackwell Publ.	2
53.	Амбулаторная неонатология [Электронный ресурс] : формирование здоровья	Удаленный

	ребенка первого года жизни : практ. рук. для врачей-педиатров первич. звена здравоохранения, врачей общ. практики, семейн. врачей / Л. И. Захарова, Д. В. Печкуров, Н. С. Кольцова. – Москва : Медпрактика-М, 2014. – 296 с. - Режим доступа: http://books-up.ru.	доступ
54.	Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В. В. Левановичб Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
55.	Кардиология детского возраста [Электронный ресурс] / [Ю. М. Белозеров и др.] ; под ред. А. Д. Царегородцева [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
56.	Гемодинамика и кардиология [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Ч. Клайман, И. Сери. – Москва : Логосфера, 2015. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
57.	Гематология, иммунология и инфекционные болезни [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Р. Олс, М. Едер. – Москва : Логосфера, 2013. – 388 с. - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
58.	Гастроэнтерология и питание [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Д. Нью. – Москва : Логосфера, 2014.– 491 с. - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
59.	Неврология новорожденных [Электронный ресурс] : острый период и поздние осложнения / А. Ю. Ратнер. – 8-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 371 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
60.	Патология головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста [Электронный ресурс] : практ. рук. / В. В. Власюк. – Москва : Логосфера, 2014. – 288 с. - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
61.	Современная эпилептология: проблемы и решения [Текст] / [Э. Перукка, В. А. Хаузер, В. А. Карлов и др.] ; под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. - Москва : Буки-Веди, 2015. - 519 с. : ил. - Библиогр. в конце гл. - Авт указ. в содерж. - (в пер.).	1
62.	Дифференциальная диагностика заболеваний наружного и среднего уха по данным эндоотоскопии у детей [Текст] : атлас / В. С. Минасян, М. Р. Богомильский. - Москва : РИТМ, 2015. - 123 с. : ил. - (в пер.).	1
63.	Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей [Текст] / М. Р. Богомильский, Е. Ю. Радциг, Е. П. Селькова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 124 с. : [2] л. ил. - (Библиотека врача-специалиста : Оториноларингология). - Библиогр. : С. 120-123. - Предм. указ. : С. 123-124.	1
64.	Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Текст] : национальное руководство / под ред. М. В. Богомильского, В. Р. Чистяковой ; подгот. под эгидой Рос. ассоц. ЛОР-педиатров и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Крат. изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	1
65.	Легкие новорожденных [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Э. Банкалари. – Москва : Логосфера, 2015. – 672 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
66.	Нефрология и водно-электролитный обмен [Электронный ресурс] : пер. с англ. / В. Оу, Ж.-П. Гиняр, Ш. Баумгарт ; под ред. Р. Полина. – Москва : Логосфера, 2015.– 344 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
67.	Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с.: ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
68.	Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 [Текст] : учеб.-метод. пособие для лечеб. фак. / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; разраб. : С. Л. Коварский и др. ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : РГМУ, 2008.	5
69.	Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями [Текст] : руководство для врачей / [И. И. Балаболкин, В. А. Булгакова, В. Н. Гребенюк и др.] ; под ред. И. И. Балаболкина, В. А. Булгаковой. - Москва : МИА, 2011. - 259 с.	2
70.	Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей [Текст] : учеб. для вузов / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	4
71.	Возбудители бактериальных воздушно-капельных инфекций [Текст] : учебное пособие / [сост. Л. И. Кафарская, О. Ю. Борисова, Е. Е. Донских и др.] ; под	10

	общ. ред. Л. И. Кафарской ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. микробиологии и вирусологии. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018. - 116 с.	
72.	Возбудители бактериальных воздушно-капельных инфекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / [сост. Л. И. Кафарская, О. Ю. Борисова, Е. Е.Донских и др.] ; под общ. ред. Л. И. Кафарской ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. микробиологии и вирусологии. - Электрон. текстовые дан. - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ
73.	Справочник детского эндокринолога [Текст] / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2014. - 495 с. : ил.	5
74.	Функциональные методы исследования слуховой функции у детей в диагностике заболеваний среднего и внутреннего уха [Электронный ресурс] : учебное пособие / И. В. Рахманова ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. оториноларингологии педиатр. фак. - Электрон. дан. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru//login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
75.	Возрастные особенности иммунной системы детей [Электронный ресурс] : учебное пособие / [сост. : А. Д. Донецкова, Л. В. Ганковская, М. В. Хорева] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
76.	Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей внутригрудной локализации [Текст]: учебное пособие / М. М. Давыдов, А. Г. Абдуллаев, В. А. Хайленко и [др.] ; Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н. И. Блохина, РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018. - 54 с. - Библиогр.: С. 35-44. - Приложение: Опыт лечение нейроэндокринных опухолей легких и тимуса в торакальном отделении торакоабдоминального отдела НИИ КО ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Минздрава России	10
77.	Непосредственное исследование больного [Электронный ресурс] учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 176 с. – Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
78.	Синдром вегетативной дисфункции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. Б. Андронова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андронова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры педиатр. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 75 с. - Библиогр. : С. 66-70. - - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ
79.	Научно-исследовательская работа студента [Текст] : учебно-практическое пособие / Н. М. Розанова. - Москва : Кнорус, 2018. - 255 с. -	2
80.	Биотехнология : учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодязной В. А. , Самотруевой М. А. , 2020. - 384 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
81.	Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс] .-2020 - 352 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
82.	Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] / Джайн К.К., Шарипов К.О. - М. : Литтерра, 2020. - 576 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
83.	Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. -2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
84.	Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва : Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru.	Удаленный доступ
85.	Инновационная экономика : [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: http://ibooks.ru.	Удаленный доступ
86.	Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолекарства : актовая речь / Арчаков Александр Иванович ; А. И. Арчаков ; Российский	Удаленный доступ

	государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] -- Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	
87.	Нанобиотехнологии [Текст] : практикум / [А. М. Абатурова, Д. В. Багров, А. А. Байжуманов и др.] ; под ред. А. Б. Рубина. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 384 с. : [8] л. ил., ил. - (Нанотехнологии).	10
88.	Нанобиотехнологии : практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 4-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 403 с. - - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
89.	Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс] : методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Киликовский, Е. С. Муравьева ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
90.	Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм : [учеб. пособие] [Электронный ресурс]. / И. И. Краснюк, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва : Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
91.	Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс] : пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 536 с.Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
92.	Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 296 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
93.	Биомедицинские нанотехнологии, [Электронный ресурс] / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2022. – Режим доступа: http://e.lanbook.com.	Удаленный доступ
94.	Медицинская нанобиотехнология [Электронный ресурс] : учебник / П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; под ред. В. П. Чехонина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
95.	Культура животных клеток [Электронный ресурс] / Р.Я. Фрешни - М. : Лаборатория знаний, 2022. – 791 с. - Режим доступа : http://marc.rsmu.ru:8020/ marcweb2/Default.asp	Удаленный доступ
96.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
97.	Молекулярное моделирование [Электронный ресурс] : теория и практика : пер. с англ. / Х.-Д. Хельтье [и др.]. – 3-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 322 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
98.	Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ
99.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
100.	Контроль качества и стандартизация лекарственных средств [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие по производственной практике / под	Удаленный доступ

	ред. Г. В. Раменской, С. К. Ордабаевой– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	
101.	Наноэлектроника [Электронный ресурс]. Состояние и перспективы развития : учеб. пособие / А. Н. Игнатов. – Москва : ФЛИНТА, 2012. – 360 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.	Удаленный доступ
102.	ПЦР в реальном времени[Электронный ресурс]. / [Д. В. Ребриков, Г. А. Саматов, Д. Ю. Трофимов и др.] ; под ред. Д. В. Ребрикова. – 8-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
103.	NGS высокопроизводительное секвенирование [Электронный ресурс] / Д. В. Ребриков, Д. О, Коростин. – 2-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. - 232 с. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
104.	Биохимические основы химии биологически активных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Коваленко Л. В. – 3-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 232 с- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
105.	Гены по Льюину / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик : [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. –Москва : Лаб. знаний, 2022. – 919 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
106.	Клетки по Льюину : пер. 2-го англ. изд. [Электронный ресурс]. / Л. Кассимерис [и др.] – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 1056 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
107.	Молекулярная биология : рибосомы и биосинтез белка : [Электронный ресурс]. [учеб. для высш. учеб. заведений] / А. С. Спирин. ¬– Москва : Лаб. Знаний, 2019. – 576 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
108.	Наноэлектроника : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / А. А. Щука. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 344 с. –- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
109.	Наноэлектроника : теория и практика : [Электронный ресурс]. учебник / В. Е. Борисенко [и др.] – Москва: Лаб. знаний, 2020. – 366 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
110.	Практикум по объектно-ориентированному программированию / И. А. Бабушки-на, С. М. Окулов. [Электронный ресурс]. – 5-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 369 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
111.	Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии : [Электронный ресурс]. пер. с англ. / ред. : К. Уилсон, Дж. Уолкер. – 3-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
112.	Программирование : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В. Боровская. – 4-е изд. Москва : Лаб. знаний, 2020. – 241 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
113.	Трансплантология и искусственные органы : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 320 с. –- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
114.	Фармацевтическая химия : [Электронный ресурс]. учебник / Э. Н. Аксенова, О П. Андрианова ; под ред. Г. В. Раменской. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 472 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
115.	Фармацевтическое информирование : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. А. А. Свистунова, В. В. Тарасова. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 320 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
116.	Численные методы [Электронный ресурс]. / Н. С. Бахвалов, Н. П. Жидков, Г.	Удаленный

	М. Кобельков. – 9-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 636 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	доступ
117.	Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х. Бетляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] – Москва : Юрайт, 2022. – (Высшее образование).- Режим доступа : http:// urait.ru	Удаленный доступ
118.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ