

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ПЕДИАТРИЯ»**

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023 г.
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б1.О.45 Педиатрия
<b>семестры реализации дисциплины</b>	8, 9, 10 семестры
<b>форма контроля</b>	Зачеты в 8, 9 семестрах, экзамен в 10 семестре

## 1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1  
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач	Знать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для интерпретации результатов клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики в педиатрии.
		Уметь использовать приобретенные знания о морфофункциональных, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека для диагностики и лечения заболеваний в педиатрии.
		Практический опыт оценки клинико-лабораторных исследований для диагностики патологических процессов организма человека в педиатрии.
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в педиатрии.
		Уметь составлять план медикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии в педиатрии; применять информационные системы для контроля эффективности безопасности лечения с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций в педиатрии. Практический опыт решения профессиональных задач с использованием лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и стандартами медицинской помощи детям.
ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2	Знать клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания и правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии и правила выполнения дефибриляции при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания;

	<p>Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах</p>	<p>лекарственные препараты и медицинских изделия, используемые при оказании медицинской помощи детям в экстренной или неотложной формах, их характеристики, показания и способы применения, противопоказания и нежелательные лекарственные реакции.</p> <p>Уметь выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах у детей разных возрастных групп, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме и мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</p> <p>Практический опыт оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; навыками распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни у детей разных возрастных групп и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
<p>ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза</p>	<p>ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать особенности этиологии, патогенеза и патоморфологии, клинической картины патологических состояний у детей; учитывать взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию на различных уровнях; дифференциальную диагностику, течение различных заболеваний у детей; возможные варианты осложнений, их коррекцию и исходы у детей разных возрастных групп; методы лабораторных, инструментальных исследований для установления предварительного, основного клинического диагноза, сопутствующих состояний в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); медицинские показания к проведению исследований, правила их интерпретации; порядки оказания медицинской помощи детям, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях</p> <p>Уметь разрабатывать план обследования пациента для постановки предварительного, а затем основного клинического диагноза, сопутствующих состояний и осложнений в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, при необходимости направление пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные; проводить дифференциальную диагностику с целью верификации диагноза.</p> <p>Практический опыт сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания пациента; методами проведения физикального обследования ребенка; составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента с</p>

		различной патологией; методикой проведения дифференциально-диагностического поиска с целью верификации основного клинического диагноза в соответствии с действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
ПК – 3 Способен назначить и контролировать его эффективность и безопасность	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Знать современные подходы к применению лекарственных препаратов, их комбинаций, медицинских изделий и продуктов лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях у детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи детям, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи при различных патологиях у детей; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания у детей, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.
	ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Уметь составлять план лечения заболеваний и состояний пациента с учетом клинического диагноза, возраста, характера течения заболевания, его тяжести в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи детям, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям при различной патологии; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, не медикаментозное лечение с учетом клинического диагноза, возраста, особенностей течения болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям.
	ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Практический опыт разработки планов лечения различных заболеваний с учетом клинического диагноза, возраста, особенностей течения заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи детям при различных патологиях; навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания.

## 2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

**3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.**

**3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).**

**(ОПК-5)**

<b>8 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клиничко-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

#### **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Мальчик, 7 дней, переведен в отделение патологии новорожденных с указанием на вялость, слабое сосание, срыгивания, повышение температуры до 37,8 °С, отсутствие прибавки в массе. Мать страдает хроническим пиелонефритом. Беременность вторая с гестозом I и II половины, роды II срочные с безводным периодом 10 ч. Родился с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, массой 2800 г, длиной 50 см. Физиологическая убыль массы составила 300 г. Указанные ранее изменения отмечены с 5-го дня. На 7-й день повысилась температура. При осмотре: состояние тяжелое. Кожа сероватого цвета. Из пупочной ранки — серозно-гнойное отделяемое. Пальпируются пупочные сосуды. В области левой ягодицы отмечается уплотнение и покраснение подкожно-жировой клетчатки размерами 5х5 см, с четкими краями, в течение нескольких часов площадь уплотнения значительно увеличилась в размерах. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ослаблены, ЧСС — 150 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул с зеленью, разжижен, 2–3 раза в сутки. Анализ крови: эритроциты —  $3,1 \times 10^9$  /л, Нв –105 г/л, цв. пок. — 0,85, лейкоциты – $18 \times 10^9$  /л, э –2%, п — 8%, сегм — 65%, л — 20%, мон — 5%, СОЭ — 34 мм/ч. Определяется токсическая зернистость нейтрофилов, плазматические клетки 2:100.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные исследования.
3. Назначьте терапию больному.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. *Диагноз: поздний неонатальный сепсис, гнойный омфалит, флегмона ягодичной области слева.*
2. *Биохимия крови: АСТ, АЛТ, билирубин и фракции, белок, мочевины, С-реактивный белок, К, Na, Ca. Гемостазиограмма, КОС, РСТ-тест (маркер сепсиса), R-графия органов*

грудной клетки и брюшной полости, тазобедренных суставов. Бактериологический посев крови.

3. Лечение. Антибактериальная терапия (стартовая терапия — ампициллин 25 мг/кг+ гентамицин 4 мг/кг). Поддержание и коррекция нормального биоценоза — лактобактерин (1–2 дозы 3 раза в сутки). Дезинтоксикационная терапия (по показаниям фуросемид 1 мг/кг в/в медленно). Инфузионная терапия (5%–10% р-р глюкозы, по показаниям 0,9% NaCl, 10% р-р CaCl, 25% р-р MgSO<sub>4</sub>), по показаниям гепарин. Иммуноглобулины (пентаглобин 3–5 мл/кг/сут. однократно либо цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям. Так как у ребенка обнаружена флегмона ягодичной области, необходимо совместно с детским хирургом произвести вскрытие гнояника, провести местную антибактериальную терапию либо дренирование в первые трое суток.

2. У резус-положительной матери с группой крови 0 (I) родился мальчик резус-положительный с группой крови А (II) от первой 6 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, продолжительность 15 ч. Отхождение околоплодных вод за 2 часа до родов. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см. В середине вторых суток жизни появилось неинтенсивное окрашивание кожи в желтый цвет. На 4-й день желтуха усилилась, ребенок стал вялым, заметно снизился сосательный рефлекс, тонус мышц, сухожильные рефлексы. Уровень билирубина — 300 мкмоль/л, реакция непрямая. Эритроциты —  $4,3 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин — 130 г/л, цв. пок. — 0,9. Ретикулоциты — 10%, лейкоциты —  $18 \times 10^9$  /л, э — 2%, ю — 1%, п — 4%, с — 43%, л — 40%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

1. Ваш диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.

4. Выпишите рецепт на препарат, обладающий цитопротективным (цитозащитным) действием.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО, средней степени тяжести, желтушно-анемическая форма. 2. Биохимический анализ: билирубин с фракциями; сахар; АСТ, АЛТ. Общий анализ крови: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.

3. Дифференциальный диагноз: Гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи). Гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи). Гипербилирубинемии на фоне гемолитических анемий. Билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.

3. Мальчик родился от IV беременности, протекавшей с гестозом первой половины, 2-х родов, в срок, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см, у матери резус-отрицательная кровь А (II) группы. От первых родов ребенок здоров, вторая и третья беременности закончились медицинским абортom. Через 12 часов состояние ребенка тяжелое: желтушное окрашивание кожи, склер, вялость, срыгивания, снижение

физиологических рефлексов и мышечного тонуса, приглушенные тоны сердца. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — на 2 см, моча темного цвета. Кровь ребенка резус-положительная, группа А (II). Анализ крови: эритроциты —  $4 \times 10^9$  /л, Нв — 140 г/л, ретикулоциты — 10%, цв. пок. — 1,0, лейкоциты —  $26 \times 10^9$  /л, э — 0%, б — 0%, м — 1%, п — 14%, с — 50%, л — 25%, м — 8%, СОЭ — 12 мм/ч. Уровень непрямого билирубина — 310 мкмоль/л, общий билирубин — 330 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз?

4. Какие специалисты должны осуществлять диспансерное наблюдение за этим ребенком после выписки из родильного дома?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе Rh-фактор, средней степени тяжести, желтушная форма.*

2. *Биохимический анализ: билирубин с фракциями, сахар, АСТ, АЛТ. Общий анализ мочи: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита. Почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.*

3. *Дифференциальный диагноз: гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи); гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи): врожденные инфекционные гепатиты, сепсис; наследственные гепатиты: муковисцидоз, галактоземия; гипербилирубинемии на фоне других гемолитических желтух (врожденная микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара, недостаточность фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, полицитемическая и др.); билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.*

4. *Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь новорожденных, осуществляет педиатр совместно с неврологом, окулистом, отоларингологом. Частота профилактических осмотров педиатром на первом году жизни составляет 2 раза в месяц, на втором — 1 раз в месяц и на третьем — 1 раз в 3 мес. В течение 3-х месяцев после рождения необходимо ежемесячное исследование крови (содержание в крови гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов). Профилактика анемии. Профилактические прививки по показаниям и после консультации иммунолога.*

4. Ребенок К., 5 дней, переведен в отделение патологии новорожденных из роддома с жалобами матери на желтушность кожи, снижение аппетита, отсутствие прибавки массы. Из анамнеза известно, что на 3-й день жизни у ребенка появилась желтушность кожных покровов, что было расценено как физиологическая желтуха. В последующие дни стал вяло сосать, в массе не прибавил, желтушность кожи narосла. Родился от первой беременности. На 3-м месяце беременности мать перенесла острый бронхит. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см. закричал сразу после рождения. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. К груди приложен через 2 часа. Пуповинный остаток в скобке, физиологическая потеря массы составила 10%. При поступлении состояние тяжелое, вялый, высасывает по 30–40 мл грудного молока. Правильное телосложение. Масса 2900 г. Пуповинный остаток в скобке. Над легкими перкуторный легочный звук, аускультативно-пуэрильное дыхание.

Границы сердца соответствуют возрастным, тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень плотная, пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка — на 2 см, стул обесцвечен, моча темного цвета. Рефлексы периода новорожденности сохранены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Дополнительные данные обследования: эритроциты —  $5,4 \times 10^{12}$  /л, Нв — 161 г/л, СОЭ — 4 мм/ч. Общий билирубин — 171,04 мкмоль/л, прямой — 121,02 мкмоль/л, непрямой — 50,02 мкмоль/л, АСаТ — 2,0 ммоль/л, АЛаТ — 3,5 ммоль/л, реакция на желчные пигменты в моче положительная. В кале стеркобилин не обнаружен.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы, подтверждающие установленный вами диагноз.
3. Перечислите основные лабораторные показатели, подтверждающие указанный диагноз.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: неонатальная желтуха, вирусный гепатит, синдром цитолиза, синдром холестаза.*
2. *Симптомы: интоксикация; гепатоспленомегалия; ахоличный стул; темная моча; иктеричность кожных покровов.*
3. *Лабораторные данные: гипербилирубинемия (общий билирубин — 171 ммоль/л, преимущественно прямой билирубин — 121,02 мкмоль/л, повышение ферментов печени — АСТ и АЛТ, снижение коэффициента де Риттиса); реакция на желчные пигменты в моче положительная; отсутствие стеркобилина в кале.*

5. После рождения у доношенного новорожденного отсутствует дыхание, отмечается брадикардия, ЧСС — 62 в 1 мин. Сердечные тоны глухие. Кожа бледно-цианотичной окраски. В ротоглотке околоплодные воды.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План реанимационных мероприятий.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: асфиксия тяжелой степени в родах, аспирация околоплодными водами.*
2. *Ни в коем случае ребенка не стимулируют тактильно, иначе он может дальше аспирировать околоплодные воды. Санация верхних дыхательных путей. Прикрепить пульсоксиметр и измерять сатурацию, кислород можно подать через Neoraff/мешок Амбу. Если через 30 сек. после проведенных мероприятий ЧСС повышается, сатурация растет, окраска кожи улучшается, то ребенок переводится в РАО для дальнейшего лечения и наблюдения. Если после данных мероприятий ЧСС не повышается, необходимо начать непрямой массаж сердца. И каждые 30 секунд оценивать динамику. Если после данных мероприятий улучшения нет, то применить ППСОПА и вновь оценить через 30 секунд. Если через 30 секунд нет улучшения, необходимо применить медикаментозное воздействие: адреналин в дозировке 0,1–0,3 мл/кг в/в, либо 0,5–1,0 мл/кг эндотрахеально (в случае отсутствия венозного доступа) ввести можно до 3–5 раз каждые 5–10 минут, восполнение ОЦК физиологический раствор (0,9% NaCl) в дозе 10 мл/кг.*

### Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

#### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Уровень резистентности организма ребенка определяется:

- 1) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру (+)
- 2) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
- 3) тяжестью острых заболеваний
- 4) числом обострений хронических заболеваний

2. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:

- 1) острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз (+)
- 2) обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год
- 3) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни
- 4) у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год
- 5) острые респираторные заболевания отмечались 6 раз.

3. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с:

- 1) с рождения
- 2) не нужны
- 3) с полутора месяцев (+)
- 4) с 2-х месяцев
- 5) с 6 месяцев.

4. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:

- 1) 2 недели
- 2) 1 месяц (+)
- 3) 2 месяца
- 4) 3 месяца
- 5) 3,5 месяца.

5. Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев (+)
- 5) 12 месяцев.

6. У ребенка с ограниченным нейродермитом прививки можно начинать от начала ремиссии не ранее, чем через:

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца от начала ремиссии
- 3) 3 месяца от начала ремиссии (+)

- 4) 6 месяцев от начала ремиссии
- 5) 1 год от начала ремиссии.

7. Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной нормализации через:

- 1) 1 месяц (+)
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5) 18 месяцев.

8. В каких случаях допустимо лечение острой пневмонии в домашних условиях:

- 1) неосложненная форма у ребенка в возрасте до 1) года
- 2) пневмония, осложненная кардиоваскулярным синдромом
- 3) неосложненная форма пневмонии у ребенка 4 лет (+)
- 4) пневмония у ребенка из социально неблагополучной семьи
- 5) затяжное течение пневмонии с ателектазом одного сегмента у ребенка 7 лет.

9. Какова кратность противорецидивного лечения детей с хроническим гастритом в фазе стойкой ремиссии:

- 1) ежеквартально (1 раз в 3 месяца)
- 2) 2 раза в год (+)
- 3) 1 раз в месяц
- 4) 1 раз в год
- 5) ежемесячно.

10. Лабораторная диагностика фенилкетонурии:

- 1) проба на ацетон
- 2) проба с треххлористым железом (+)
- 3) исследование белковых фракций
- 4) исследование крови на церуллоплазмин
- 5) содержание креатинфосфокиназы в крови и моче.

11. Из перечисленных симптомов повышения внутричерепного давления выберите рентгенологические признаки:

- 1) обызвествление
- 2) расхождение черепных швов (+)
- 3) застойные явления на глазном дне
- 4) смещение М-эхо при эхоэнцефалоскопии
- 5) нарушение корковой нейродинамики.

12. Укажите основные компоненты первичного туберкулезного комплекса:

- 1) первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангит (+)
- 2) лимфангоит, лимфаденит
- 3) первичный легочный аффект
- 4) лимфангит
- 5) первичный легочный аффект, лимфаденит.

13. При каких формах туберкулеза у матери можно сохранять грудное вскармливание:

Варианты ответов

- 1) туберкулез легких в фазе кальцинации (+)
- 2) туберкулез молочной железы
- 3) диссеминированный туберкулез
- 4) активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения
- 5) обострение туберкулеза, выявленное после родов.

14. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:

- 1) глистная инвазия
- 2) нарушение всасывания железа
- 3) хроническая кровопотеря (+)
- 4) авитаминоз.
- 5) недостаточное поступление железа с пищей.

15. Антибиотики при ветряной оспе назначают:

- 1) при тяжелой форме
- 2) при появлении гнойных осложнений (+)
- 3) при энцефалите
- 4) с целью профилактики осложнений
- 5) не назначают.

16. Делеция - это:

- 1) утрата всей хромосомы
- 2) перемещение одной хромосомы в другую пару
- 3) утрата части хромосомы (+)
- 4) соединение плечиков хромосом
- 5) дополнительная хромосома.

17. Чаще встречаются наследственные заболевания:

- 1) хромосомные
- 2) с доминантным типом наследования
- 3) болезни с наследственным предрасположением (+)
- 4) с неустановленным типом наследования
- 5) с рецессивным типом наследования.

18. К группе хромосомных заболеваний не относится:

- 1) болезнь Дауна
- 2) синдром Альпорта (+)
- 3) синдром Шерешевского-Тернера
- 4) синдром Патау
- 5) синдром Эдвардса.

19. Для синдрома "кошачьего крика" характерно:

- 1) делеция плечика 5-й пары хромосом (+)

- 2) транслокация 21-й хромосомы
- 3) кольцевидная хромосома 18-ой пары
- 4) отсутствие X-хромосомы
- 5) лишняя X-хромосома.

20. Витамин В6 - зависимая бронхиальная астма обусловлена нарушением метаболизма:

- 1) тирозина
- 2) фенилаланина
- 3) триптофана (+)
- 4) метионина
- 5) глицина.

**(ОПК-7)**

<b>8 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола. Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени. Ребенок из группы часто болеющих детей (ОРВИ до 5–6 раз в год). При осмотре на вторые сутки от начала болезни: состояние удовлетворительное. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа — чистая, бледная, видимые слизистые оболочки — чистые, в зеве — выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы не исчезают. Кашель малопродуктивный. Мокрота скудная, слизистая. Частота дыхания 22 в 1 мин. Перкуторно — ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме. Общий анализ крови: эр.—

$3,2 \times 10^{12}$  /л, Нв — 115 г/л, лейкоц. —  $8,4 \times 10^9$  /л, э — 7%, п/я — 2%, с — 22%, л — 63%, м — 6%, СОЭ — 14 мм/час.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Назначьте лечение.
4. Каковы методы профилактики данного заболевания?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Острый простой бронхит.*

*2. Рентгеновский снимок грудной клетки (по показаниям). Анализ крови в динамике. ИФА к *Mycoplasma pneumoniae*, ЦМВ инфекции, вирусу простого герпеса, герпеса 6 типа.*

*3. Муколитики, противовоспалительные, противовирусные препараты, симптоматическая терапия (сосудосуживающие капли в нос, ингаляционная терапия), физиолечение.*

*4. Неспецифические методы профилактики — организация лечебно-охранительного режима и полноценного питания, закаливание. Специфическая профилактика — вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции.*

2. Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг. Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Общий анализ крови: эр. —  $4,2 \times 10^{12}$  /л, Нв — 115 г/л, лейкоц. —  $6,8 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет. Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка. Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа. Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как наследуется это заболевание?

3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка?
5. Ваш прогноз.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Муковисцидоз, легочная форма, двухсторонний гайморит, задержка физического развития.*
2. *Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.*
3. *Антибиотикотерапия при рецидиве пневмонии. Ферментотерапия (креон). Использование ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения. Муколитическая терапия с лазолваном 2–3 курса в месяц. Лечение хронического гайморита. Лечебная физкультура.*
4. *Пульмонолог, отоларинголог.*
5. *Прогноз сомнительный, поскольку заболевание неизлечимо; относительно благоприятный, при своевременной и эффективной терапии. Рекомендуется рассмотреть возможность таргетной терапии, основанной на лечении моноклональными антителами, при резистентности – генотерапевтическими препаратами.*

3. Мальчик К., 6 лет, заболел через 10 дней после перенесенной ангины. Появились жалобы на боли и опухание голеностопных суставов, сыпь на их разгибательных поверхностях, боли в животе без определенной локализации, вечерами подъем температуры до 37,5 °С. Обратились к участковому врачу. При объективном обследовании: состояние средней тяжести. Кожа бледная, на передних поверхностях голеней и разгибательных поверхностях голеностопных суставов, передней брюшной стенке, ягодицах симметрично расположенная папулезно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Аускультативно — тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС — 96 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный по всей поверхности. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Стул черного цвета. Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови: эр.—  $3,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 100 г/л, цв. п.— 0,8, тромбоциты —  $290 \times 10^9$  /л, лейкоц.—  $11,0 \times 10^9$  /л, э — 4%, п — 2%, с — 68%, лимф.— 20%, мон.— 6%, СОЭ — 18 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений. Реакция кала на скрытую кровь положительная. Время свертывания крови по Ли-Уайту — 4 мин., длительность кровотечения по Дьюку — 3 мин.; фибриноген плазмы — 6 г/л.

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?
2. Поставьте клинический диагноз в соответствии с принятой классификацией.
3. Дайте оценку лабораторным данным.
4. Консультации каких специалистов необходимо назначить для дифференциальной диагностики?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха).*
2. *Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожно-суставно-абдоминальная), острое течение, активная фаза.*
3. *По данным общего анализа крови — анемия I степени, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ; показатели гемостаза — без отклонений от нормальных параметров.*

*Положительная реакция кала на скрытую кровь — свидетельство вовлечения в процесс капилляров кишечника.*

*4. Консультация гематолога, детского хирурга, гастроэнтеролога.*

4. Девочка, 11 лет, больна один год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5–2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца — гастрит, у бабушки по линии матери — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт. Осмотр: масса 34 кг, рост 148 см, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии. При поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам — без патологии. Общий анализ крови: эр —  $4,2 \times 10^{12}$  /л, Нв — 128 г/л, цв. п. — 0,91, лейкоц. —  $7,2 \times 10^9$  /л; э — 3%, п/я — 3%, с/я — 51%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачный; рН — 6,0; относительная плотность мочи — 1017; белок — нет; сахар — нет; эп. кл. — 1–2–3 в п/з; лейкоциты — 2–3 в п/з. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки — один мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка — 21 мм (норма — 18), тело — 15 мм (норма — 15), хвост — 22 мм (норма — 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Дыхательный уреазный тест — положительный. Биопсийный (де-нол) тест на НР-инфекцию — положительный (++).

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Оцените картину УЗИ.

3. Предложите схему лечения данному ребенку.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, стадия — свежая язва, Нр+. Реактивный панкреатит.*

*2. УЗИ органов брюшной полости: лабильный перегиб желчного пузыря. Дуоденогастральный рефлюкс. Гастрит, реактивный панкреатит.*

*3. Госпитализировать. Стол № 1А (язвенный) — 1 неделя; затем стол № 1Б — протертый, 1–2 недели; затем № 5. Технологическая обработка продуктов: варка, тушение, запекание. Квадротерапия: амоксициллин (или кларитромицин), метронидазол, де-нол — 120 мг/4 раза в день, последний раз на ночь, омепразол 10 мг — 2 раза в день 10–14 дней. Мотилиум, препараты-пробиотики (линекс, аципол, бифидумбактерин и др.), КВЧ-терапия.*

5. Ребенок, 9 месяцев, болен в течение трех дней. Температура 38–39 °С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3 °С, веки отечны, конъюнктивита гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снялась легко, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1–2 см, безболезненные, эластичные. Нёбные миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 132 уд./мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Физиологические отправления без патологии. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,3 \times 10^{12}$  /л, Нв — 133 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоциты —  $10,9 \times 10^9$  , э — 2%, п/я — 4%, с/я — 38%, л — 51%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол./желтый, прозрачность — про зрачная, относительная плотность — 1020, белок — 0,3%, лейкоциты — 1–3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок — 74,0 г/л, моче вина — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 32,2 Ед/л, АСТ — 42,4 Ед/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите потребность в дополнительном обследовании и консультациях.
3. Назначьте лечение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелая форма.
2. Консультация ЛОР-врача. Рентгенография органов грудной клетки. Забор мазков-отпечатков с эпителия слизистой оболочки носа для иммунофлюоресцентного экспресс-метода, серологический метод ИФА для определения IgM к аденовирусу, ПЦР-диагностика с определением ДНК аденовирусов из различных биологических сред: крови, слизистых оболочек конъюнктивы, ротоглотки, носа.
3. Туалет глаз и носа, глазные капли (офтальмоферон), муколитические препараты, сосудосуживающие капли в нос.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38°С. Левая граница сердца увеличена на 2 см Тоны сердца приглушены Неделю назад перенес ангину Ваш предварительный диагноз:

- 1) постинфекционный миокардит
- 2) ревматизм (+)
- 3) ревматоидный артрит
- 4) септический кардит
- 5) реактивный артрит

2. Ребенок госпитализирован на 2-ой день от начала артрита. Температура 37,8°С, боли и припухлость суставов сохраняется Систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ - 45 мм/час. Необходимо назначить все перечисленное, кроме:

- 1) пенициллина

- 2) преднизолона
- 3) диклофенака
- 4) цефалоспоринов II поколения (+)
- 5) поливитаминов

3. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать:

- 1) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5 (+)
- 2) бициллин-3
- 3) пенициллин
- 4) эритромицин
- 5) преднизолон

4. За осуществление реабилитации детей, перенесших атаку ревматизма, в поликлинике отвечают:

- 1) физиотерапевт
- 2) участковый педиатр (+)
- 3) ЛОР-специалист
- 4) врач ЛФК
- 5) зав отделением

5. Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются при:

- 1) ревматизме
- 2) ревматоидном артрите
- 3) болезни Верльгофа (+)
- 4) посттравматическом артрите
- 5) реактивном артрите

6. Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать:

- 1) усиление тромбообразования
- 2) повышение артериального давления
- 3) возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
- 4) гипергликемию
- 5) все перечисленное (+)

7. Преднизолон оказывает все перечисленные действия, за исключением:

- 1) противовоспалительного
- 2) антигистаминного
- 3) иммуносупрессивного
- 4) антикоагулянтного (+)
- 5) влияния на глюконеогенез

8. При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно:

- 1) консультацию окулиста
- 2) клинический анализ крови (+)

- 3) рентгенографию (для выявления остеопороза костей)
- 4) измерение артериального давления
- 5) УЗИ органов брюшной полости

9. К группе нестероидных противовоспалительных препаратов не относится:

- 1) ацетилсалициловая кислота
- 2) диклофенак
- 3) индоцид
- 4) преднизолон (+)
- 5) лорноксикам

10. Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании:

- 1) диклофенака (+)
- 2) папаверина
- 3) тавегила
- 4) супрастина
- 5) капотена

11. У ребенка с анемией не применяется препарат:

- 1) пенициллин
- 2) левомицетин (+)
- 3) цеклор
- 4) макропен
- 5) амоксиклав

12. При дистрофии миокарда показано назначение:

- 1) ацетилсалициловой кислоты
- 2) диклофенака
- 3) витаминов, бенфотиамина, оротата калия (+)
- 4) хлористого кальция
- 5) капотена

13. Более быстрое диуретическое действие оказывает:

- 1) гипотиазид
- 2) лазикс (+)
- 3) диакарб
- 4) верошпирон
- 5) триампур

14. Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является:

- 1) повышение в моче альдостерона
- 2) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
- 3) артериальное давление на ногах ниже, чем на руках (+)
- 4) снижение в моче уровня катехоламинов
- 5) артериальное давление на ногах выше, чем на руках

15. В случае приступа Морганьи-Эдамса-Стокса при атриовентрикулярной блокаде к средствам неотложной терапии не относится:

- 1) строфантин (+)
- 2) атропин
- 3) адреналин
- 4) закрытый массаж сердца
- 5) добутамин

16. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны:

- 1) гипергидроз
- 2) тахикардия (+)
- 3) красный дермографизм
- 4) склонность к обморокам
- 5) плохая переносимость транспорта

17. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается:

- 1) систолодиастолический шум
- 2) длинный дующий систолический шум на верхушке
- 3) мезодиастолический шум
- 4) глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум (+)
- 5) поздний систолический шум

18. Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель:

- 1) уровень иммуноглобулина G
- 2) мочевины (+)
- 3) С-реактивный белок
- 4) сиаловая реакция
- 5) уровень АЛТ

19. Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы:

- 1) лихорадка
- 2) поражение аортального клапана
- 3) увеличение СОЭ
- 4) гиперкоагуляция
- 5) все перечисленные (+)

20. Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы:

- 1) лихорадка
- 2) поражение аортального клапана
- 3) увеличение СОЭ
- 4) гиперкоагуляция
- 5) все перечисленные (+)

**(ПК-1)**

<b>8 семестр изучения в соответствии с УП</b>
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>

<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов** **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте одного месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные молочные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери — гастроинтестинальная пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38 °С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД — 60 в 1 мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: обилие мелкопузырчатых и непостоянные крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая — на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая — на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС — 140 уд./мин. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей. Общий анализ крови: эр. —  $4,3 \times 10^{12}$  /л, Нв — 118 г/л, лейкоц. —  $6,2 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 1%, с — 30%, л — 58%, м — 8%, СОЭ — 15 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

1. Ваш диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.
5. Можно ли ребенка лечить на дому?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Острый бронхиолит, не уточненный.
2. Респираторно-синцитиальные вирусы, аденовирус, грипп, микопlasма.
3. Дифференциальный диагноз с пневмонией, острым обструктивным бронхитом

4. Кислород. Целесообразно пребывание в палате интенсивной терапии. Ингаляции 3% раствора соли. Антибиотики по показаниям.

5. Лечить ребенка на дому нельзя в связи с тяжестью состояния и развитием дыхательной недостаточности.

2. Мальчик, 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание. Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости). Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой. При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД — 40 в 1 мин., ЧСС — 120 уд./мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева — жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5–6 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный. Общий анализ крови: эр. —  $3,5 \times 10^{12}$  /л, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,85, лейкоц. —  $7,7 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 8%, с — 54%, л — 25%, м — 10%, СОЭ — 45 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, альбумины — 46%, альфа1-глобулины — 9%, альфа2-глобулины — 15%, бета-глобулины — 10,5%, гамма-глобулины — 19,5%, тимоловая проба — 9,0, СРБ — ++, АЛТ — 36 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л. Копрограмма: большое количество нейтрального жира. Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, «капельное сердце». УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа — 15x8x25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

1. Сформулируйте диагноз данному больному.

2. Назначьте больному лечение.

3. Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?

4. Каков прогноз при данном заболевании?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Муковисцидоз, смешанная форма. Хронический гепатит. Хронический панкреатит. Дистрофия.

2. Антибиотики при рецидивировании пневмонии. Ферментотерапия (креон). Ингаляционная терапия с муколитиками и панкреозимином. Урсофальк 15 мг/кг. Гепатопротекторы. Элькар. Питание полноценное, обогащение белком, жиром, овощами, фруктами, творогом, сыром.

3. Велосипед, плавание, дыхательная гимнастика.

4. Прогноз сомнительный, поскольку заболевание неизлечимо; относительно благоприятный, при своевременной и эффективной терапии. Рекомендуется рассмотреть возможность таргетной терапии, основанной на лечении моноклональными антителами, при резистентности – генотерапевтическими препаратами.

3. Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 года беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2–3-й неделе — с частотой 3–4 раза в год, исчезали 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: масса 40 кг, рост 151 см. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожи и слизистых оболочек. 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, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Общий анализ крови: эр. —  $2,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 72 г/л, цв. п. — 0,77, ретикулоциты — 50% — (5%), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит — 29%, лейкоц. —  $8,7 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 6%, с/я — 50%, л — 34%, м — 8%, СОЭ — 12 мм/час, тромбоциты —  $390 \times 10^9$  /л, время кровотечения по Дюке — 60 сек., время свертывания по Сухареву: начало — 1 минута, конец — 2,5 минуты. Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачность — полная — относительная плотность — 1024, рН — 6,0, белок, сахар — нет, эп. плазм. — немного, лейкоциты — 2–3 в п/з. Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсена — положительная (+++). Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка 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 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз. Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР. Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (+++). 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 (56x27 мм), со стойким перегибом в средней трети, 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.

1. Поставьте диагноз.

2. Какую схему лечения вы предлагаете?

3. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Стадия — свежая язва, осложненная кровотечением. НР+. Реактивный панкреатит. Вегето-сосудистая дисфункция.

2. Госпитализировать. Стол № 1А (язвенный) — 1 неделя; затем № 1Б — протертый, 1–2 недели. Затем № 5. Технологическая обработка продуктов: варка, запекание, тушение. Квадротерапия: амоксициллин или кларитромицин, метронидазол, де-нол — 120 мг 4 раза в день, последний раз на ночь; омепразол — 10 мг 2 раза в день, 10–14 дней. Мотилиум. Препараты-пробиотики (линекс, аципол, бифиформ и др.); КВЧ-терапия.

3. Лечебно-охранительный режим. Питание 4 раза в день, исключить все виды жареной и жирной пищи. Пятидневная учебная неделя. Отменить занятия хореографией. Диспансерный учет у участкового врача и врача-гастроэнтеролога. Повторное эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта через 1,5–2 месяца. Дыхательный уреазный тест не ранее, чем через 6 недель. Общий анализ крови — через один месяц. При наличии анемии назначить мальтофер — 5 мг/кг. Повторное УЗИ органов брюшной полости — через 1,5–2 месяца.

4. Мальчику 7 лет, заболел ветряной оспой, типичная, среднетяжелая форма. На 8-й день от начала болезни появились кратковременные, не более двух минут генерализованные судороги с потерей сознания. Температура тела не превышала 37,3 °С. При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. На коже лица, туловища, конечностей — элементы высыпаний в стадии корочек. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 82 уд./мин. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий. Больной адинамичен. Стоит неуверенно, беспокоят головокружения. Менингеальных симптомов нет. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Речь дизартрична. Положительная проба Ромберга, а также пальце-носовая и колен но-пяточная пробы. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв — 135 г/л, лейкоциты —  $5,5 \times 10^9 /л$ , э — 4%, п/я — 2%, с/я — 25%, л — 64%, м — 5%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Анализ спинномозговой жидкости: прозрачная, бесцветная, вытекает каплями, цитоз — 39 клеток (из них 65% составляют лимфоциты), белок — 0,39 г/л, реакция Панди — слабо положительная, сахар — 2,9 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие необходимо провести дополнительные исследования?

4. Назначьте лечение.

5. Определите показания к выписке. Каков прогноз?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма, осложненная энцефалитом (церебеллит). В анализе крови — относительный лимфоцитоз, в ликворе — клеточно-белковая диссоциация с лимфоцитарным плеоцитозом.

2. Энцефалиты другой этиологии: энтеровирусные, корь, краснуха, токсоплазмоз, герпесвирусные.

3. М-ЭХО, ЭЭГ. ПЦР ликвора ко всем перечисленным инфекциям.

4. Постельный режим, противовирусная терапия внутривенно (ацикловир), дегидратация (фуросемид или диакарб), вазоактивные препараты (кавинтон).

5. Прогноз благоприятный, выписка проводится после исчезновения неврологических симптомов. Диспансерное наблюдение у невролога в течение одного года.

5. На амбулаторном приеме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учет в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребенку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребенком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребенок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут. При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°C, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – 3,9×10<sup>12</sup>/л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - 7,1×10<sup>9</sup> /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид — 0,180.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребенку при судорогах?

4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.

2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребенок стал получать 2000 МЕд витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция). Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребенка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребенка поздно встала на диспансерный учет), профилактически витамин Д ребенок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краев родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы).

3. На фоне судорожного синдрома: в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг; ингаляции увлажненного кислорода. После окончания приступа судорог: в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы; Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг; госпитализация.

4. Включить в меню: кисломолочные продукты (творог 50 г, кефир 150 г); продукты, имеющие щелочные валентности (овощные пюре); желток. Уменьшить в рационе объем злаковых продуктов и исключить манную крупу.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Целесообразно применять для купирования развившегося приступа бронхиальной астмы:

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) кромогликат
- 3) недокромил
- 4) бета -2-адреномиметики (+)
- 5) задитен

2. Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет:

- 1) 1-2 дня
- 2) 3 или 5 дней (+)
- 3) 7-10 дней
- 4) 11-14 дней
- 5) 14-21 день

3. При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:

- 1) ингаляционных кортикостероидов

- 2) кромогликата
- 3) пероральных кортикостероидов (+)
- 4) кетотифена
- 5) бета-2-адреномиметиков

4. При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать:

- 1) феноксиметилпенициллин
- 2) амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой (+)
- 3) амоксициллин
- 4) ампициллин
- 5) азитромицин

5. При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать:

- 1) природные пенициллины
- 2) макролиды (+)
- 3) полусинтетические пенициллины
- 4) цефалоспорины 1-го поколения
- 5) аминогликозиды

6. Обструктивным легочным заболеванием является:

- 1) экзогенный аллергический альвеолит
- 2) эозинофильная пневмония
- 3) фиброзирующий альвеолит
- 4) бронхиальная астма (+)
- 5) хроническая пневмония

7. При тяжелой бронхообструкции у детей чаще бывают осложнения:

- 1) ателектаз (+)
- 2) пиоторакс
- 3) абсцесс
- 4) напряженный пневмоторакс
- 5) булла

8. Обструкции легких у детей способствуют анатомо-физиологические особенности органов дыхания, кроме:

- 1) узкие воздухоносные пути
- 2) мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов
- 3) диафрагмальный тип дыхания
- 4) носовое дыхание (+)
- 5) низко расположенный надгортанник

9. В процессе адаптации организма участвуют:

- 1) надпочечник
- 2) гипоталамус
- 3) гипофиз
- 4) все перечисленное (+)

5) кора мозга

10. У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемия малого круга, увеличение левого желудочка Ваш предварительный диагноз:

- 1) стеноз легочной артерии
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) субаортальный стеноз
- 4) открытый артериальный проток (+)
- 5) коарктация аорты

11. При одышечно-цианостическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно:

- 1) ввести строфантин (+)
- 2) дать кислород
- 3) назначить пропранолол (анаприлин, обзидан)
- 4) ввести промедол
- 5) если приступ продолжается - начать инфузионную терапию

12. При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет:

- 1) фонокардиограмма
- 2) эхокардиограмма
- 3) ЭКГ (+)
- 4) реокардиограмма
- 5) энцефалограмма

13. Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается при:

- 1) миокардите
- 2) выпотном перикардите
- 3) слипчивом перикардите
- 4) всем перечисленном (+)
- 5) дистрофии миокарда

14. Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует:

- 1) оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
- 2) ограничить физические нагрузки
- 3) оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
- 4) госпитализировать для обследования (+)
- 5) назначить дома цитохром С, актовегин

15. Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:

- 1) рентгенография
- 2) ЭКГ (+)
- 3) ФКГ
- 4) исследование калия в крови
- 5) ЭХО-кардиография

16. При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является:

- 1) частота сердечных сокращений 120 в минуту
- 2) частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений (+)
- 3) частота сердечных сокращений 140 в минуту
- 4) перебои (выпадения) сердечных сокращений
- 5) дизритмичность сердечных сокращений

17. Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ - признаками являются:

- 1) ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
- 2) ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS
- 3) ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS (+)
- 4) ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS
- 5) ритм 140 в минуту, уширенный комплекс QRS

18. Начинать выведение ребенка 8 лет из приступа пароксизмальной тахикардии при АД 90/60 мм рт ст целесообразнее с применения:

- 1) адреналина внутривенно
- 2) дигоксина внутримышечно
- 3) индерала внутривенно
- 4) неотона внутривенно (+)
- 5) дизопирамида внутривенно

19. Для профилактики частых приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии ребенку 10 лет с синдромом предвозбуждения желудочков более эффективен:

- 1) анаприлин внутрь
- 2) строфантин
- 3) новокаиномид внутрь
- 4) кордарон внутрь (+)
- 5) верапамил внутрь

20. При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается:

- 1) дизритмия
- 2) ритм 50-60 ударов в минуту (+)
- 3) ритм 90 ударов в минуту
- 4) дефицит пульса
- 5) ритм 100 в минуту

(ПК-2)

8 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального

	обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

### Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Мальчик 4-х лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес., стоит с 10 мес., ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 года посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3-х недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери — гастроинтестинальная пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) — без эффекта. Был приглашен участковый врач. При осмотре одышка экспираторного типа, состояние ребенка средней тяжести. Грудная клетка вздута, выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,8°C. Над легкими перкуторный звук легочный, с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха — рассеянные сухие множественные свистящие хрипы, среднепузырчатые влажные. ЧД — 32 в 1 мин. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС — 115 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края реберной дуги. Общий анализ крови: эр. — 5,1x10<sup>12</sup> /л, Нв — 120 г/л, лейкоц. — 4,9x10<sup>9</sup> /л, э — 3%, п/я — 2%, с — 48%, л — 38%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте лечение.
4. Каков прогноз развития заболевания? Меры профилактики.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Острый обструктивный бронхит.*
2. *Дифференциальный диагноз с приступом бронхиальной астмы, внебольничной пневмонией.*
3. *Муколитики, ингаляции с беродуалом (в возрастных дозировках) 3–4 раза в день, противовоспалительные препараты (фенспирид — торговое название «эrespал»), симптоматическая терапия. По показаниям — ингаляционные кортикостероиды, антибиотикотерапия, инфузионная терапия: глюкозо-солевые растворы + эуфиллин 2,4% в/в из расчета 3–5 мг/кг/сут. капельно, противовирусная терапия.*
4. *Организация гипоаллергенного быта, питания. Профилактика ОРВИ.*

2. Больная К. 3-х лет, планоно поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3-х месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка. При поступлении: кожа и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол», умеренная деформация грудной клетки за счет срединно расположенного сердечного горба. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя — II ребро. Аускультативно: тоны звучные, ритмичные, ЧСС — 160 уд./мин., во II — III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, без проведения за пределы области сердца, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД — 40 в 1 мин., дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Пастозность стоп. Общий анализ крови: эр. —  $4,9 \times 10^{12}$  /л, Нв — 148 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. —  $6,3 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 4%, с — 21%, л — 70%, м — 4%, СОЭ — 3 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, слизь — немного. Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, С — реактивный белок — отрицательный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Врожденный порок сердца, цианотический, с обогащением малого круга кровообращения, вероятно, транспозиция магистральных сосудов (с учетом анамнестических и клинических данных). НК II Б ст.*
2. *ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгеновский снимок грудной клетки.*
3. *Коррекция/назначение лечения по поводу ХСН для стабилизации состояния (ингибиторы АПФ, диуретики, β-адреноблокаторы), консультация кардиохирурга для решения вопроса о сроках оперативного лечения.*

3. Мальчик, 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом,

тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от первой беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца — сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухое дыхание, большие перерывы в еде. Осмотр: масса 31 кг, рост 137 см. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации — болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный, один раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего». Общий анализ крови: эр —  $4,4 \times 10^{12}$  /л, Нв — 132 г/л, цв. п. — 0,9; лейкоц. —  $7,3 \times 10^9$  /л, э — 4%, п/я — 3%, с/я — 47%, л — 38%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, pH — 5,5, прозрачность — неполная, относительная плотность мочи — 1019, белок — нет, глюкоза — нет, эп. кл. — единичные клетки в п/з, лейкоциты — 2,3 в п/з, слизь — немного, соли — небольшое количество оксалатов. Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР. Биопсийный тест (де-нол тест) на НР — (++) . Дыхательный уреазный тест — положительный. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма — 50x30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Хронический гастродуоденит, рецидивирующее течение, обострение. НР+. Перегиб желчного пузыря в области шейки.*

2. *Госпитализировать. Де-нол — 120 мг/4 раза в день, последний раз на ночь. Амоксициллин (или кларитромицин). Метронидазол, омепразол — 10 мг 2 раза/10–12 дней. КВЧ-терапия. Диспансерное наблюдение у участкового врача и гастроэнтеролога. Повторная эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через 6–8 недель. Дыхательный уреазный тест не ранее, чем через 6–8 недель. Противорецидивное лечение весной, осенью, зимой. Лечебный стол № 5 с исключением жирных, жареных блюд, варка, запекание, тушение. Лечебно-охранительный режим.*

3. *Оксалурия; показаны отвары трав, продукты с низким содержанием оксалатов. Пить в течение дня 1–1,5 литра жидкости.*

4. Ребенок в возрасте 4-х месяцев госпитализирован в больницу на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель. Несмотря на проводимое лечение кашель учащался и через неделю стал приступообразным. Приступ кашля сопровождался беспокойством, покраснением лица и периодически заканчивался рвотой. При поступлении: ребенок вялый, бледный, отмечается небольшая одутловатость лица и кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая ротоглотки розовая, чистая.

Лимфоузлы не увеличены, в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме. В отделении отмечалось до 25 приступов кашля в сутки. Мокрота вязкая, откашливается плохо. В семье дедушка больного кашляет в течение трех недель. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 140 г/л, лейкоциты —  $28,0 \times 10^9$  /л, п/я — 3%, с/я — 20%, л — 70%, м — 7%, СОЭ — 3 мм/час. На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. Проведено бактериологическое обследование слизи из носоглотки: результат отрицательный.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте прогноз заболевания.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Коклюш, типичный, тяжелая форма. Ателектаз средней доли правого легкого. Диагноз поставлен на основании периодичности болезни (катаральный период, период спазматического кашля), типичного приступообразного кашля, гематологических сдвигов.*

*2. Аэрация помещения, антибиотик на выбор (макролиды, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 3 поколения), аминазин, амброксол.*

*3. Прогноз благоприятный.*

5. Девочке 8 лет, больна в течение недели, отмечалась заложенность носа, повышение температуры тела до 38 °С, боли при глотании. Был поставлен диагноз «лакунарная ангина» и назначен кларитромицин. Эффекта от проводимой терапии не наступило: сохранялась высокая температура, налеты на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Больная была госпитализирована с диагнозом «дифтерия зева?». При поступлении: температура 39 °С, лицо одутловатое, носовое дыхание затруднено, голос с гнусавым оттенком, отмечается легкая иктеричность склер. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, на увеличенных небных миндалинах выявлены сплошные наложения беловато-желтоватого цвета. Язык обложен белым налетом. Видны увеличенные с обеих сторон передне- и заднешейные лимфоузлы. Размеры других лимфоузлов не превышают одного см в диаметре. Дыхание везикулярное, тоны сердца, звучные, ЧСС — 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 4 см, селезенка — на 2 см из-под края реберной дуги. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,9 \times 10^{12}$  л, Нв — 130 г/л, лейкоциты —  $10,5 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 3%, с/я — 18%, л — 40%, м — 13%, атипичные мононуклеары — 25%. СОЭ — 20 мм/час. ИФА исследование крови: EBV VCA IgM — пол., EBV EA IgG — отр., EBV NA IgG — отр.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Назначьте лечение.
4. Определите прогноз.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма.*

2. *Дополнительное обследование: мазок из зева на дифтерию, биохимия крови на общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, антитела к ВИЧ.*
3. *Постельный режим, диета (стол № 5), ацикловир на 10 дней, парацетамол при температуре более 38 °С, обильное питье, симптоматическое лечение.*
4. *Прогноз благоприятный.*

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:
  - 1) уровень рождаемости
  - 2) уровень смертности
  - 3) количество врачей на душу населения
  - 4) младенческая смертность (+)
  - 5) детская смертность
  
2. При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания новорожденных следует:
  - 1) перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение
  - 2) оставить на месте, назначив лечение
  - 3) немедленно перевести в соответствующий стационар (+)
  - 4) все ответы правильные
  - 5) вызвать инфекциониста
  
3. Основные пути передачи внутрибольничной инфекции:
  - 1) через руки персонала (+)
  - 2) через продукты питания
  - 3) через белье
  - 4) через предметы ухода
  - 5) через медицинский инструментарий
  
4. Вакцинация БЦЖ противопоказана:
  - 1) при врожденных ферментопатиях
  - 2) при иммунодефицитных состояниях
  - 3) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье
  - 4) во всех указанных случаях (+)
  - 5) при агаммаглобулинемии Bruton
  
5. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:
  - 1) хориоретинит
  - 2) катаракта (+)
  - 3) миокардит
  - 4) геморрагический синдром
  - 5) туберозный склероз
  
6. Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки характерно осложнение:

- 1) хориоретинит
- 2) катаракта
- 3) миокардит (+)
- 4) геморрагический синдром
- 5) стоматит

7. Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции:

- 1) токсоплазмоз
- 2) микоплазмоз
- 3) хламидиоз (+)
- 4) цитомегалия
- 5) герпес

8. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:

- 1) сроки внутриутробного поражения (+)
- 2) токсичность возбудителя
- 3) путь проникновения инфекции
- 4) состояние реактивности организма плода
- 5) ни один из перечисленных

9. Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода:

- 1) тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
- 2) активизирует клетки инсулярного аппарата (+)
- 3) приводит к атрофии инсулярного аппарата
- 4) не оказывает никакого влияния
- 5) приводит к образованию антиинсулярных антител

10. Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение:

- 1) контакт матери с животными
- 2) повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
- 3) наличие в анамнезе самопроизвольных абортов после 5-го месяца беременности
- 4) все перечисленное (+)
- 5) уровень JgG и JgM

11. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть:

- 1) аспирационная пневмония
- 2) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
- 3) гнойный лептоменингит, остеомиелит
- 4) все вышеперечисленные (+)
- 5) сепсис

12. Укажите основной путь инфицирования плода при активном туберкулезе у матери:

- 1) трансплацентарный (+)
- 2) восходящий
- 3) через половые клетки отца и матери

- 4) при прохождении плода по родовым путям
- 5) бронхолегочный

13. Для врожденного гипотиреоза не характерно:

- 1) крупная масса при рождении
- 2) грубый голос
- 3) тахикардия (+)
- 4) затянувшаяся желтуха
- 5) брадикардия

14. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь:

- 1) кожа и слизистые оболочки
- 2) кости
- 3) печень (+)
- 4) центральная нервная система
- 5) почки

15. Прием беременной женщиной тетрациклина может вызывать у плода:

- 1) поражение глаз
- 2) поражение скелета
- 3) поражение зубного зачатка
- 4) все перечисленное (+)
- 5) анемию

16. Для болезни гиалиновых мембран не типичен признак:

- 1) цианоз
- 2) тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
- 3) метаболический ацидоз
- 4) гипокапния и гипероксемия (+)
- 5) дыхательная недостаточность

17. Потребность плода в железе значительно возрастает:

- 1) с 12 недель
- 2) с 20 недель
- 3) с 28 недель (+)
- 4) с 36 недель
- 5) остается равномерной в течение всего периода беременности

18. В семье, где оба родителя больны хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик массой тела 2200г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Ваш диагноз:

- 1) микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия
- 2) эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия
- 3) алкогольный синдром плода, микроцефалия (+)
- 4) все ответы правильные
- 5) перинатальное поражение ЦНС

19. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является:

- 1) субдуральное кровоизлияние
- 2) перивентрикулярное кровоизлияние
- 3) отек мозга (+)
- 4) перивентрикулярная лейкомаляция
- 5) менингоэнцефалит

20. Первый "перекрест в формуле крови" у недоношенных детей происходит:

- 1) на 4-й день жизни
- 2) на 5-й день жизни
- 3) на 6-ой день жизни
- 4) после 7-10 дня жизни (+)
- 5) на 21 день жизни

**(ПК-3)**

<b>8 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Задачи с эталонами ответа**

1. Ребенок 7 лет, заболел после охлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0 °С, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности — синдром дыхательных расстройств. Находился на

искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4–5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной гастроинтестинальной пищевой лекарственной аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД — 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС — 120 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Нв — 115 г/л, лейкоц. —  $18,6 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 10%, с — 57%, л — 23%, м — 9%, СОЭ — 28 мм/час. Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие предшествующие факторы способствовали развитию данной формы заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
5. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого (S VIII — IX) среднетяжелая форма.*
2. *Этому заболеванию часто предшествует респираторная вирусная инфекция, охлаждение.*
3.  *$\beta$ -лактамы: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат. При неэффективности — цефалоспорины II — III поколения. Симптоматическая терапия — муколитики, жаропонижающие препараты.*
4. *Ребенок подлежит обязательной госпитализации.*
5. *После выздоровления — наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром.*

2. Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожа и слизистые с цианотичным оттенком, периферический цианоз. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастернальной линии, левая — по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС — 146 уд./мин., ЧД — 40 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум жесткого тембра, проводящийся на спину, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Общий анализ крови: гематокрит — 49%, эр. —  $5,4 \times 10^{12}$  /л, Нв — 170 г/л, цв. п. — 0,91, лейкоц. —  $6,1 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 3%, с — 26%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый,

относительная плотность мочи — 1012, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — нет. Биохимический анализ крови: С-реактивный протеин — отрицательный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие изменения вероятны на рентгенограмме?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Врожденный порок сердца, цианотический, с обеднением малого круга кровообращения, вероятно, тетрада Фалло. НК II А ст.*

*2. ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгеновский снимок грудной клетки.*

*3. Размеры сердца нормальные, верхушка приподнята, дуга легочной артерии западает (вид деревянного башмачка), легочный сосудистый рисунок обеднен в соответствии с тяжестью обструкции выходного отверстия ПЖ.*

3. Мальчик, 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусков пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Боли в эпигастрии при длительных перерывах в еде. Мать ребенка — 38 лет, гастрит; отец — 40 лет, гастродуоденит; бабушка (по матери) — рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4-х лет гастроинтестинальная пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Занимается тяжелой атлетикой — штангой. Осмотр: масса 50 кг, рост 160 см, кожа, зев, сердце и легкие без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется изжога и болезненность в пилорoduodenальной области. Печень у края реберной дуги, без болезненная. Стул регулярный, оформленный. Общий анализ крови: эр —  $4,4 \times 10^{12}$  /л, Нв — 136 г/л, цв. п. — 0,92, лейкоц. —  $7,2 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 3%, с/я — 54%, л — 32%, м — 8%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, рН — 6,0; относительная плотность мочи — 1023; белок — нет, сахар — нет, эп. кл. — небольшое количество, лейкоциты — 1–2 в п/з. Кал на скрытую кровь — отрицательная реакция. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см, 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 не изменена. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52x30 мм, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная. Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию — (+++).

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте комплексную терапию данному больному.
3. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку?
4. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой?
5. Требуется ли контроль ЭГДС и в какие сроки?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Эрозивный эзофагит. НР+. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Антральный гастрит.
2. Госпитализировать. Стол № 1 (операционный) на 1–2 недели до заживления эрозий, затем № 5. Технологическая обработка продуктов — варка, запекание, тушение — 4 раза в день. Квадротерапия: де-нол, амоксициллин (кларитромицин), метронидазол, омепразол — 10–14 дней. КВЧ-терапия.
3. Питание не реже 4–6 раз в день. Избегать грубой, жареной, жирной пищи, специй, раздражающих слизистую оболочку пищевода продуктов. Рекомендуется молоко и кисломолочные продукты, отварные овощи, творог, сыр, каши молочные, последний прием пищи — за 1,5–2 часа до сна.
4. Тяжелой атлетикой заниматься не рекомендуется.
5. Контроль ЭГДС на первом году диспансерного наблюдения ежеквартально, на втором и последующем году — 2 раза в год.

4. Ребенку 3,5 года, посещает детский сад, заболел остро после обеда с повышением температуры тела до 39 °С, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня возникли кратковременные генерализованные тонико-клонические судороги с потерей сознания. Доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «токсический грипп». При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 39 °С. Лежит с запрокинутой головой, стонет. Кожа бледная, с серым оттенком, на голенях и ягодицах несколько геморрагических элементов. В легких жесткое дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс на периферических артериях удовлетворительный, ЧСС — 104 уд./мин., АД — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, край печени выступает на 1,5 см. Диурез сохранен. Сонлив, положительные симптомы Брудзинского, Кернига. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Нв — 120 г/л, лейкоциты —  $17,0 \times 10^9/л$ , п/я — 27%, с/я — 55%, л — 10%, м — 8%, СОЭ — 35 мм/час. Анализ ликвора: мутная, белесоватая жидкость, цитоз — 5400 клеток, нейтрофилы — 100%, белок — 1,5 г/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените результаты представленных лабораторных данных.
3. Определите объем лечебных мероприятий на догоспитальном этапе.
4. Назначьте лечение.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Менингококковая инфекция, типичная, генерализованная смешанная форма (менингит, менингококцемия).
2. Тяжесть состояния обусловлена отеком-набуханием головного мозга. В анализе крови — лейкоцитоз, нейтрофилез с п/я сдвигом влево, высокая СОЭ, в ликворе — нейтрофильный плеоцитоз, повышен белок.
3. На догоспитальном этапе: введение антипиретиков, противосудорожных препаратов, глюкокортикоидов, антибиотика.
4. В стационаре антибиотик (цефтриаксон — 100 мг/кг/сут), инфузионная терапия (объем вводимой жидкости не более 25–30% суточной потребности), дегидратация (диакарб), при стабилизации состояния — вазоактивные препараты (кавинтон).

5. Девочке 5 лет, посещает детский сад, заболела остро: подъем температуры до 38 °С, кашель, насморк. В последующие три дня температура держалась на фебрильных цифрах, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, конъюнктивит,

светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела поднялась до 39,5 °С, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие два дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. На восьмой день болезни появилась головная боль, была двукратная рвота, затем возникли генерализованные судороги с потерей сознания. Ребенок был срочно госпитализирован. При поступлении: состояние крайне тяжелое, ребенок без сознания, был приступ тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища, конечностей имеется пигментация. Слизистая оболочки рта шероховатая, слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. В легких жесткое дыхание, тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. В течение суток стула не было. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 120 г/л, лейкоциты —  $8,1 \times 10^9$  /л, э — 5%, п/я — 3%, с/я — 42%, л — 43%, м — 7%, СОЭ — 22 мм/час. Спинномозговая жидкость: прозрачная, бесцветная, вытекает частыми каплями, цитоз — 32 клетки (60% лимфоциты), белок — 0,45 г/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Перечислите необходимые лабораторные исследования.
4. Назначьте лечение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Корь, типичная, тяжелая форма, период пигментации. Осложнение — коревой энцефалит.
2. Дифференцировать с краснушным энцефалитом.
3. Определение антител IgM, IgG к вирусу кори в крови; определение антител IgM, IgG к вирусу краснухи, общий анализ мочи, биохимический анализ крови: глюкоза, калий, натрий, КЩС.
4. Купировать приступ судорог (седуксен, реланиум). Постельный режим, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, вазоактивные препараты (кавинтон).

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить:
  - 1) кофеин
  - 2) кордиамин
  - 3) дигоксин (+)
  - 4) индерал (анаприлин)
  - 5) капотен
2. Инфекционно-токсическую кардиопатию (дистрофию миокарда) при пневмонии характеризует:
  - 1) нарушение проводимости (удлинение PQ)
  - 2) перегрузка левого желудочка
  - 3) блокада левой ножки пучка Гиса
  - 4) снижение зубца Т (+)
  - 5) расширение границ сердца

3. При инфекционно-токсической кардиопатии (дистрофии миокарда) наиболее целесообразно назначить:

- 1) оротат калия, актовегин (+)
- 2) преднизолон
- 3) кордиамин
- 4) пенициллин
- 5) витамин В15

4. Дистрофия миокарда может возникнуть у детей при:

- 1) аллергических реакциях
- 2) эндокринных заболеваниях
- 3) сепсисе и остеомиелите
- 4) ожирении
- 5) всем перечисленном (+)

5. Наиболее точным методом определения сердечных границ является:

- 1) пальпация
- 2) перкуссия
- 3) рентгеноскопия
- 4) рентгенография (+)
- 5) ЭХО-кардиография

6. У девочки 12 лет отмечаются периодические колющие боли в области сердца. Ей необходимо назначить прежде всего:

- 1) клинический анализ крови и ЭКГ (+)
- 2) ФКГ
- 3) рентгенографию сердца
- 4) пробу с физической нагрузкой
- 5) велоэргометрию

7. На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердце. Клинически патологии не выявлено. Ей необходимо назначить:

- 1) ЭКГ, ЭХО-кардиографию (+)
- 2) апекскардиограмму
- 3) реокардиограмму
- 4) пробу с физической нагрузкой
- 5) велоэргометрию

8. Исследование, обязательно показанное грудному ребенку перед назначением плавания:

- 1) ФКГ
- 2) рентгенограмма сердца
- 3) тахисцилография
- 4) ЭКГ (+)
- 5) ЭХО-кардиографию

9. Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно:

- 1) гипертрофия межжелудочковой перегородки (+)
- 2) увеличение полости левого желудочка
- 3) увеличение полости правого желудочка
- 4) гипертрофия предсердий
- 5) аномальное крепление митральных хорд

10. Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) увеличение полостей желудочков (+)
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- 5) аномальная трабекула

11. Для лечения ребенка с острым гайморитом не рекомендуется:

- 1) преднизолон (+)
- 2) сосудосуживающие капли в нос
- 3) противовоспалительное лечение
- 4) УВЧ на пазухи носа
- 5) антибактериальная терапия

12. Заглочный абсцесс следует дифференцировать с:

- 1) инородным телом дыхательных путей
- 2) аллергическим отеком
- 3) паратонзиллярным абсцессом
- 4) со всеми выше перечисленными заболеваниями (+)
- 5) тонзиллитом

13. Осложнением ангины обычно не бывает:

- 1) подчелюстной лимфаденит
- 2) паратонзиллярный абсцесс
- 3) стоматит (+)
- 4) перитонзиллит
- 5) ревматизм

14. При отите не рекомендуется:

- 1) сосудосуживающие средства в полость носа
- 2) назначение спиртовых капель в ухо
- 3) сухое тепло местно
- 4) ингаляционная терапия (+)
- 5) антибактериальная терапия

15. К дополнительным методам обследования при остром гайморите не относится:

- 1) рентгенография носовых пазух
- 2) взятие мазка отделяемого из полости носа на флору и антикочувствительность
- 3) анализ крови
- 4) анализ мочи по Зимницкому и по Нечипоренко (+)
- 5) биохимический анализ крови

16. Ребенку с заглоточным абсцессом следует обязательно провести все перечисленные обследования, кроме:

- 1) анализа крови
- 2) УЗИ сердца (+)
- 3) осмотра задней стенки глотки
- 4) пальпации задней стенки глотки
- 5) осмотра и пальпации задней стенки глотки

17. У ребенка 7 лет боль в ухе 4 дня, температура 39,2°C. Оттопыренность ушной раковины, болезненность, припухлость, гиперемия кожи в заушной области Менингеальный синдром отсутствует Неделю назад перенес острый ринит Ваш предварительный диагноз:

- 1) отит
- 2) мастоидит
- 3) паротит
- 4) отит, мастоидит (+)
- 5) симптом Микулича

18. У ребенка 13 лет утомляемость, периодические головные боли, температура 37,2-37,4°C, затрудненное носовое дыхание, гнойные выделения из носа в течение 6-ти месяцев Ваш предварительный диагноз:

- 1) острый гайморит
- 2) аденоидит
- 3) хронический гайморит (+)
- 4) аденоиды
- 5) этмоидит

19. Ребенку с заглоточным абсцессом рекомендуется:

- 1) антибиотик
- 2) пункция абсцесса
- 3) вскрытие абсцесса
- 4) все перечисленное (+)
- 5) мазок из зева

20. Для диагностики хронического гайморита необходимо назначить все перечисленное, кроме:

- 1) анализа крови и мочи
- 2) рентгенографии околоносовых пазух
- 3) консультации невропатолога (+)
- 4) антибиотикограммы
- 5) мазок из зева

**(ОПК-5)**

<b>9 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические

	состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клиничко-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов** **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больной К., 4 года 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и боли в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел остро, на фоне полного здоровья, повысилась температура до 39,4 °С. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Появились боли в правом боку. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Обращает на себя внимание резкая слабость, вялость, бледность кожи с выраженным румянцем щек, особенно справа, вынужденное положение на правом боку с согнутыми ногами. ЧД — 52 в мин., соотношение пульса к частоте дыхания — 2:1. При перкуссии отмечается отставание правой половины грудной клетки и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно — укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Общий анализ крови: эр. —  $4,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 134 г/л, лейкоц. —  $26,2 \times 10^9$  /л, юные — 2%, п/я — 8%, с — 64%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 22 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

1. Каков наиболее вероятный диагноз у этого больного?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. С чего следует начать патогенетическую терапию у данного больного?
4. В каком случае мы говорим о выздоровлении от этого заболевания?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА:*

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая, тяжелая форма, осложненная синдромом системной воспалительной реакции.
2. Наиболее вероятный возбудитель — пневмококк.
3.  $\beta$ -лактамы антибиотики: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат.
4. Удовлетворительное общее состояние больного, купирование клинических симптомов заболевания, нормализация температуры, отсутствие физикальных данных, нормальные показатели гемограммы, рентгенологически — исчезновение инфильтративных изменений в легких.

2. Во время профилактического осмотра школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Больная жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна. Из анамнеза: девочка родилась в срок, от первой беременности, протекавшей с гестозом, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии

с возрастом. До трех лет часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: общеобразовательной и музыкальной. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — III ребро, левая — на 0,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации в положении лежа тоны сердца слегка приглушены, ЧСС — 68 уд./мин., выслушивается 6–7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, ЧСС — 80 уд./мин., экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (10 приседаний) ЧСС — 112 уд./мин., экстрасистол нет. Выслушивается средней интенсивности систолический шум в V точке, без проведения за пределы области сердца, только в положении лежа. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортугера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, лейкоц. —  $7,0 \times 10^9$  /л, п/я — 5%, с — 60%, л — 31%, м — 4%, СОЭ — 7 мм/час. Биохимический анализ крови: АЛТ — 40 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 35 Ед/л (норма — до 40), СРБ — отрицательный. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС — 64 уд./мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. Регистрируются одиночные суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя синусовый ритм 82 уд./мин., экстрасистолы не зарегистрированы. ЭхоКГ: размеры камер сердца, толщина, экскурсия стенок не изменены. Регистрируются множественные аномальные хорды в левом желудочке. Фракция выброса 68%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
3. Какова тактика ведения в поликлинике?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Функциональная кардиопатия (суправентрикулярная экстрасистолия). Синдром вегетативной дисфункции (СВД) с преобладанием ваготонии, латентное течение. Множественные аномальные хорды левого желудочка. ДЖВП.*
2. *Холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ органов пищеварения.*
3. *Консультации кардиолога, гастроэнтеролога по результатам исследований. Наблюдение педиатра 1 раз в 3–6 мес. Рекомендации по режиму дня, питанию, физической активности. Медикаментозное лечение СВД по показаниям*

3. Мальчик 2-х лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью, до 5–6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко — сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками — без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, один в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С одного года атопический дерматит, гастроинтестинальная пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать — 27 лет, здорова; отец — 32 года, здоров; бабушка (по матери) — гастрит, колит, лактазная недостаточность. Осмотр: масса 11,5 кг, рост 85 см. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек.

Сердце: ЧСС — 116 в мин., тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации поперечно-ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5; +2 см; плотновата, симптомы Мерфи, Керра — положительные. Общий анализ крови: эр —  $3,7 \times 10^{12}$  /л, Нв — 96 г/л, цв. п. — 0,8, ретикулоциты — 18%, лейкоц. —  $12,0 \times 10^9$  /л, э — 5%, п/я — 7%, с/я — 43%, л — 36%, м — 9%, СОЭ — 18 мм/час, тромбоциты —  $330 \times 10^9$  /л. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, рН — 5,5; относительная плотность мочи — 1018, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет. Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с вкраплениями крови, мышечные волокна в умеренном количестве, нейтральный жир — нет, жирные кислоты — немного, крахмал внеклеточный — довольно много. Резко положительная реакция Грегерсена, лейкоц. — 12–15–30 в п/з, эр. — 30–40–50 в п/з, слизь — много. Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечная, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной отделов кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Биопсия. Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулярная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назовите основные принципы лечения.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенный колит, тотальный, активная фаза. Острое течение. Постгеморрагическая анемия, легкая форма.

2. Исключить из рациона все молочные продукты, кроме сливочного масла. Стол № 4 — непротертый, обогащенный белками за счет мясных, рыбных продуктов и яиц. Медикаментозная терапия включает препараты 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, сульфасалазин, месакол) 50–60 мг/кг в 3–4 приема на 3–4 недели, затем в половинной дозировке, дозировке в размере третьей части в течение 4–6 мес. Для местного лечения используют препарат «Салофальк клизма» 1–2 раза в сутки на 2–4 недели. Препараты-пробиотики (линекс, бифиформ, аципол). Микроклизмы с гидрокортизоном капельно (100 мл физраствора + 60 мг гидрокортизона). В стадии тяжелого диарейного процесса, прогрессирующего течения язвенного колита назначают гормональную терапию (преднизолон 1–1,5 мг/кг). Длительность применения составляет 2–4 недели. Вместо преднизолона целесообразнее назначать буденосид — обладает меньшим системным действием. При необходимости и неэффективности лечения используют препараты иммуносупрессанты (азотиоприн, метотрексат). Альтернативный путь лечения — хирургическое. Диспансерное наблюдение пожизненное. Оформление инвалидности.

4. Ребенок, 6 лет, заболел остро с повышением температуры до 38,5 °С. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище, конечностях. При осмотре участковым врачом температура 37,8 °С, выявлено увеличение шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, с преимущественным расположением на

разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре полости рта обнаружены красные пятна на нёбе. Имеется легкая гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В легких хрипов нет, тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. При дополнительном расспросе матери контакты с инфекционными больными не выявлены. Мать больного ребенка находится на 12-й неделе беременности. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 135 г/л, лейкоциты —  $5,6 \times 10^9$  /л, э — 5%, п/я — 1%, с/я — 30%, л — 53%, м — 3%, плазматические клетки — 8%, СОЭ — 12 мм/час.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назвать вероятные осложнения.
4. Назначьте лечение больному.
5. Меры профилактики в отношении контактных лиц.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Краснуха, типичная, среднетяжелая форма.
2. Дифференцировать с энтеровирусной экзантемой, корью, вирусом герпеса 6 типа.
3. Могут развиться осложнения: артрит, энцефалит, тромбоцитопеническая пурпура.
4. Лечение симптоматическое: антипиретики, антигистаминные препараты, питье.
5. Мать обследовать на наличие антител IgM, IgG к вирусу краснухи. При обнаружении антител IgM, клинических признаков краснухи беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии у плода, решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

5. Девочке 8 лет, заболела остро с подъема температуры тела до  $39,0$  °С, появления общей слабости, снижения аппетита, тошноты, боли в правой подвздошной области. На третий день появилась сыпь на теле. При осмотре отмечается одутловатость и гиперемия шеи. Сыпь мелкая, пятнисто-папулезная, обильная в области крупных суставов, в области кистей и стоп. Язык обложен белым налетом, кроме кончика и боковых поверхностей, на которых налета нет, отмечается гипертрофия сосочков. Увеличены шейные, подмышечные, подчелюстные лимфоузлы, безболезненные, до 1,5 см в диаметре. В легких — жесткое дыхание, тоны сердца звучные, ритм правильный. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Край печени выступает на 3 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 115 г/л, лейкоциты —  $9,5 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 7%, с/я — 52%, л — 35%, м — 3%, СОЭ — 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 48,0 мкмоль/л, прямой билирубин — 30 мкмоль/л, АЛТ — 1,63 Ед/л и АСТ — 1,84 Ед/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Псевдотуберкулез, типичный, среднетяжелая форма.
2. Дифференцировать: иерсиниоз, вирусные гепатиты, инфекционный мононуклеоз, герпесвирусная инфекция 6-го типа, скарлатина.

3. Серологические реакции: РПГА к псевдотуберкулезу и иерсиниозу, ИФА с определением IgM, IgG и ПЦР-диагностика на маркеры вирусных гепатитов, герпесвируса 6-го типа, мононуклеоза; стрептатест; общий анализ крови, ЭКГ.

4. Постельный режим, 5-й стол, антибактериальная терапия на выбор (левомицетин, аминогликозиды, цефалоспорины 3-го поколения, защищенные пенициллины), обильное питье, урсодезоксихолевая кислота на 4 недели.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. С помощью пробы Феллинга диагностируют:

- 1) фенилкетонурию (+)
- 2) гистидинемия
- 3) гомоцистинурию
- 4) гликогеноз
- 5) синдром Элерса-Данлоса.

2. К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится:

- 1) болезнь Криглера-Найяра
- 2) болезнь Жильбера
- 3) болезнь Ротера
- 4) прегнановая желтуха (+)
- 5) желтуха при дефиците альфа 1-антитрипсина.

3. Опасность брака между родственниками заключается в:

- 1) бесплодии
- 2) возникновении мутации
- 3) повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов (+)
- 4) формировании инфекционной эмбриопатии
- 5) рождении недоношенного ребенка.

4. Достоверное определение пола при вирильной форме аденогенитального синдрома возможно путем:

- 1) пальпации яичек
- 2) определения 17-оксикортикостероидов
- 3) определение полового хроматина
- 4) определение кариотипа (+)
- 5) гистологического исследования гонад.

5. Доминантный ген отца локализован в X-хромосоме. Может заболеть:

- 1) мальчик
- 2) девочка (+)
- 3) все дети будут здоровы
- 4) могут заболеть и мальчик и девочка
- 5) оба мальчика из однойцово́й двойни.

6. Для гипотиреоза не характерно:

- 1) макроглоссия
- 2) затяжная желтуха
- 3) склонность к гипотермии
- 4) преждевременное закрытие родничка (+)
- 5) запор.

7. При фенилкетонурии доминирует:

- 1) поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
- 2) депрессия гемопоза
- 3) неврологическая симптоматика (+)
- 4) экзема и альбинизм
- 5) нефропатия.

8. Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерно:

- 1) мужской кариотип по данным анализа на хроматин
- 2) аменорея
- 3) высокий рост (+)
- 4) пороки развития сердечно-сосудистой системы
- 5) крыловидная складка шеи.

9. Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:

- 1) замедление роста
- 2) задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
- 3) увеличение полового члена (+)
- 4) дефекты психического развития
- 5) хориоретинит.

10. Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно:

- 1) увеличение клитора и половых губ
- 2) костный возраст опережает паспортный
- 3) в моче увеличено содержание 17-кетостероидов
- 4) гепатоспленомегалия (+)
- 5) гипертрихоз.

11. К антителам относится:

- 1) белки острой фазы
- 2) гликозаминогликаны
- 3) иммуноглобулин А (+)
- 4) С-реактивный белок
- 5) система комплемента.

12. К клеткам иммунной системы не относятся:

- 1) Т-лимфоциты
- 2) В-лимфоциты
- 3) плазматические клетки
- 4) эритроциты (+)

5) дендритные клетки.

13. Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из:

- 1) В-лимфоцитов (+)
- 2) нейтрофилов
- 3) базофилов
- 4) макрофагов
- 5) Т-лимфоцитов.

14. К фагоцитирующим клеткам относят:

- 1) моноциты (+)
- 2) Т-лимфоциты
- 3) тучные клетки
- 4) плазмоциты
- 5) нормальные киллеры.

15. Для атопических заболеваний увеличение уровня иммуноглобулина:

- 1) А
- 2) G
- 3) М
- 4) Е (+)
- 5) секреторного JgА.

16. К показателям гуморального иммунитета относят:

- 1) уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е. (+)
- 2) параметры фагоцитоза
- 3) реакцию бластной трансформации лейкоцитов
- 4) реакцию розеткообразования
- 5) количество нормальных киллерных клеток (CD16)

17. Иммуноглобулины класса А в основном продуцирует лимфоидная ткань слизистых оболочек:

- 1) аппендикса
- 2) бронхов
- 3) глоточного кольца Пирогова
- 4) тонкой кишки (+)
- 5) мочеполовой системы.

18. Первичный гуморальный ответ сопровождается преимущественно продукцией иммуноглобулинов класса:

- 1) G
- 2) М (+)
- 3) А
- 4) Е
- 5) секреторных А.

19. Информация об антигене передается лимфоцитам через рецепторы:

- 1) тромбоцитов
- 2) макрофагов (+)
- 3) плазматических клеток
- 4) базофилов
- 5) эритроцитов.

20. Для дефицита клеточного иммунитета характерны:

- 1) частые вирусные инфекции
- 2) грибковые заболевания
- 3) частые бактериальные инфекции (+)
- 4) прогностически неблагоприятные заболевания
- 5) отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ.

**(ОПК-7)**

<b>9 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля. Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад мать стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель, покраснение конъюнктивы глаз. Температура повысилась до 37,5 °С. Мать обратилась в поликлинику к участковому врачу, который диагностировал у мальчика острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, гипосенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания вновь повысилась температура до 38,6 °С. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала врача. При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в 1 мин., ЧД — 47 в 1 мин. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Перкуторно — притупление легочного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно — выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в межлопаточной области справа, жесткое дыхание, удлинение выдоха. Ребенок госпитализирован. Общий анализ крови: эр. — 4,5x10

12 /л, Нв — 118 г/л, лейкоц. —  $10,8 \times 10^9$  /л, э — 7%, п/я — 4%, с — 30%, л — 54%, м — 5%, СОЭ — 27 мм/час. На рентгенограмме грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление бронхосудистого рисунка, определяется инфильтрация с нечеткими контурами в области S VII правого легкого.

1. Какой наиболее вероятный диагноз у этого больного?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие, предположительно, возбудители являются наиболее значимыми в развитии данного заболевания?
4. Какой антибактериальный препарат должен быть выбран в качестве стартового?
5. Перечислите критерии отмены антибактериальной терапии.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная пневмония сегментарная (S VII), среднетяжелая форма.
2. Предрасполагающим фактором в развитии заболевания является предшествующая ОРВИ, контакт с больным или бактериовыделителем.
3. В развитии внебольничной пневмонии ведущим этиологическим фактором является *Streptococcus pneumoniae*.
4.  $\beta$ -лактамы антибиотики (амоксциллин, амоксициллин клавуланат) либо цефалоспорины II — III поколения.
5. Критерием отмены антибиотиков является нормализация температуры в течение 2–3 дней, нормализация показателей периферической крови, исчезновение инфильтративной воспалительной реакции на рентгенограмме грудной клетки.

2. Мальчик Ц., 1 год 2 месяца, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, потерю массы, влажный кашель. Из анамнеза известно, что до одного года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяца перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и кишечным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Лечился амбулаторно, получал симптоматическое лечение. Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, снизился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожи. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, гипотрофии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования. При поступлении состояние расценено как тяжелое, ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 мин., в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально — небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно — верхушечный толчок разлитой, перкуторно — границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — по передней подмышечной линии, верхняя — II межреберье, аускультативно — ЧСС — 146 уд./мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +5 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эр.—  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 110 г/л, лейкоц.—  $5,0 \times 10^9$  /л, п/я — 2%, с — 56%, л — 40%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час. ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 уд./мин., ЭОС отклонена влево. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. Кардиоторакальный индекс (КТИ) — 60%. ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

1. Какой предварительный диагноз вы поставите ребенку?
2. Предположительно какой этиологии данное заболевание?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда. Острое течение. НК II Б ст.*
2. *С учетом анамнестических данных вероятно энтеровирусная этиология кардита.*
3. *Биохимический анализ крови, маркеры поражения кардиомиоцитов — КФК МВ-фракция, тропонин I, антитела к кардиомиоцитам. Исследование на энтеровирусы (вирусологическое, методом ПЦР, серологическими методами). Для верификации диагноза — эндомиокардиальная биопсия.*

3. Девочка, 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30–45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось. Ребенок от первой, нормально протекающей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегето-сосудистой дистонии. Мать — 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; отец — 42 года, хронический гастродуоденит. Осмотр: масса 31 кг, рост 137 см. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера-Грекова — (+). Со стороны легких и сердца — без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный. Общий анализ крови: эр —  $4,6 \times 10^{12}$  /л, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоц.—  $7,0 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 2%, с/я — 66%, л — 25%, м — 5%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1020, белок — нет, сахар — нет, лейкоц.— 1–2 в п/з, эр.— 0–1 в п/з, слизь — немного, солей нет, бактерий нет. Копрограмма: цвет — коричневый, оформленный, рН — 7,3, мышечные волокна — в небольшом количестве — крахмал внутриклеточный — немного, йодофильная флора — незначительное количество, растительная клетчатка — умеренное количество, слизь — немного, лейкоциты — 1–2 в п/з. Амилаза мочи — 32 ед. УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь — 85x37 мм (норма — 75x30 мм), стенки не утолщены. Хоledох — до 3,5 мм (норма — 4 мм), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака желчный пузырь сократился на 10%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите отягощающие факторы заболевания.

3. Назначьте лечение данному ребенку.
4. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Дискинезия желчевыводящих путей по гипотонически-гипокинетическому типу.
2. Вегето-сосудистая дистония.
3. Лечение. Лечебное питание — назначить пищевые продукты, обладающие умеренным желчегонным действием: сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, овощные блюда из свеклы, тыквы, кабачков, цветной капусты, моркови; фрукты, богатые пищевыми волокнами (курага, клубника, малина, сушеный шиповник и др.); черный хлеб, овсяные хлопья, пшеничные отруби. Медикаментозные препараты: прокинетики (мотилиум) — 2,5 мл на 10 кг массы 3 раза в день до приема пищи от 10–15 дней в течение 2–3-х месяцев; желчегонные препараты (на выбор): аллохол по 1 таблетке 3–4 раза в день после еды; лив-52 по 1–2 таблетки 3 раза в день сразу после еды или во время приема пищи; тыквеол по 1 чайной ложке 3–4 раза в день или по 1–3 капсулы в сутки 1–3 месяца; фламин по 1 таблетке 3 раза в день перед едой; холензим по 1 таблетке 1–3 раза в день после еды; хофитол по 1–2 таблетки 3 раза в день перед едой; физиопроцедуры: озокеритовые и парафиновые аппликации, электрофорез с магнием, сорбитом.
4. В период реабилитации — отвары желчегонных трав по 2 недели ежеквартально (настой травы душицы, отвар кукурузных рылец, настой плодов шиповника, ромашки  $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$  стакана 3 раза в день за 30 мин. до еды). Минеральная вода: «Обуховская-10», «Ессентуки-4», «Смирновская», «Славяновская» — 3 мл/кг в теплом виде. В большинстве случаев терапия проводится в амбулаторных условиях. Наилучшим вариантом является восстановительное лечение с использованием фитопрепаратов и питьевого применения минеральных вод. Санаторно-курортное лечение.

4. Мальчику 6 лет, заболел остро: подъем температуры до 38 °С, боли в животе, повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача — ОРВИ. На четвертый день потемнела моча, на следующий день появилась желтушность склер и кожи. В детском саду в соседней группе за последние три недели заболели двое детей с аналогичной клинической картиной. При поступлении в стационар жалоб нет, самочувствие удовлетворительное. Температура нормальная. Склеры и кожа иктеричные. Язык обложен желтоватым налетом, слизистая оболочка нёба с желтым оттенком. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС — 96 уд./мин. Живот мягкий, доступен пальпации. Край печени плотноват, болезненный, выступает из подреберья на 2,5–3,0 см. Селезенка не пальпируется. Моча темная. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 130 г/л, лейкоциты —  $5,4 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 2%, с/я — 49%, л — 40%, м — 8%, СОЭ — 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — коричневатый, относительная плотность — 1017, белок — нет, глюкоза — нет, лейкоциты — 2–3 в п/з, желчные пигменты — (+++). Биохимический анализ крови: билирубин общий — 87,5 мкмоль/л, прямой билирубин — 50,3 мкмоль/л, АЛТ — 1100 Ед/л, АСТ — 830 Ед/л, тимоловая проба — 9 ед.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущие синдромы.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Вирусный гепатит (вероятно, А), типичный, среднетяжелая форма.
2. Синдром цитолиза (повышение АЛТ, АСТ), синдром желтухи (желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, темная моча, желчные пигменты в моче), синдром мезенхимального воспаления (увеличение печени, повышение тимоловой пробы), исключить холестаза (прямой билирубин превышает 50% от уровня общего билирубина).
3. Дифференцировать с другими вирусными гепатитами, обследовать на маркеры вирусных гепатитов: aHAV IgM, aHAV IgG, HBsAg, aHBs, aHBcor IgM, aHCV IgM, aHEV IgM. Маркеры холестаза: щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин, В-липопротеиды.
4. Постельный режим, диета (5-й стол), обильное питье, спазмолитики (папаверин) на 3–5 дней, урсодезоксихолевая кислота в течение шести недель.
5. Карантин на группу на 35 дней, обследование контактных (АЛТ, АСТ), текущая и заключительная дезинфекция, вакцинация ранее не привитых против гепатита А и не болевших гепатитом А не позднее пятого дня с момента контакта с больным.

5. Девочке 11 лет. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,6 °С, боли в горле при глотании. На второй день болезни госпитализирована с подозрением на паратонзиллярный абсцесс. Из анамнеза жизни известно, что в период новорожденности ребенку был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, девочка состояла на диспансерном учете у невролога, до одного года были сделаны профилактические прививки БЦЖ и двукратно АДС–М. После года в связи с развившимся эписиндромом был оформлен постоянный медотвод от профилактических прививок. При поступлении состояние тяжелое, девочка вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Кожные покровы чистые. В подчелюстной области и верхней части шеи с обеих сторон имеется отек мягких тканей. Рот открывает хорошо. Резкий отек мягкого нёба, язычка, миндалин. На нёбных миндалинах с обеих сторон плотный налет, распространяющийся на дужки и язычок. Гиперемия слизистой оболочки с цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На пятый день болезни снизился диурез. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,9 \times 10^{12}$  /л, Hb — 120 г/л, лейкоциты —  $12,0 \times 10^9$  /л, э — 0%, п/я — 10%, с/я — 60%, л — 27%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час. Общий анализ мочи при поступлении: соломенно-желтая, относительная плотность — 1017, белок — 0,033 г/л, лейкоциты — 2–3 в п/з.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Дайте прогноз заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Составьте план профилактических мероприятий.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Дифтерия зева, токсическая I ст., тяжелая форма.
2. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку, электролиты, КОС, ЭКГ, эхокардиография, группа крови и резус-фактор, исследование уровня изоферментов креатинкиназы крови, коагулограмма, бакпосев слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, биохимический анализ крови

на общий белок, глюкозу, мочевины, креатинин, бактериологическое исследование кала, исследование кала на яйца гельминтов.

3. Дифференциальный диагноз с паратонзиллярным абсцессом.

4. Прогноз зависит от развития осложнений: миокардит, парезы.

5. Постельный режим, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки после постановки пробы: курсовая доза 100 тыс. ЕД, разовая при поступлении — 50 тыс. ЕД. Антибиотик по выбору (макролиды, или цефалоспорины, или пенициллины), внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации под контролем диуреза, антигистаминные препараты.

6. В очаге инфекции карантин на контактных на семь дней, заключительная дезинфекция, выявление контактных, оценка их прививочного статуса, однократно бактериологическое обследование в течение 48 часов на *Corynebacterium diphtheriae*, ЛОР-осмотр в течение трех дней с момента изоляции больного.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. При хроническом гайморите назначают:

- 1) антигистаминные препараты
- 2) противовоспалительную терапию
- 3) сосудосуживающие капли в нос
- 4) физиотерапию
- 5) все перечисленное (+)

2. У ребенка 5-ти лет небольшое увеличение размеров верхней челюсти, дыхание через рот, по задней стенке глотки стекает слизисто-гнойный секрет Частые насморки, спит с открытым ртом, храпит Ваш предварительный диагноз:

- 1) ринит
- 2) тонзиллит
- 3) аденоиды I степени
- 4) аденоиды III степени, аденоидит (+)
- 5) хронический гайморит

3. У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2°C, головные боли, налеты на миндалинах Ваш предварительный диагноз:

- 1) ангина (+)
- 2) аденоидит
- 3) заглоточный абсцесс
- 4) фарингит
- 5) паратонзиллярный абсцесс

4. Этиологическим лечением острого герпетического стоматита является:

- 1) полоскание полости рта растворами антисептиков
- 2) противовирусное лечение (+)
- 3) диета
- 4) антибактериальные препараты

5) жаропонижающие средства

5. Ребенка надо приучать чистить зубы:

- 1) с момента прорезывания первых временных (молочных) зубов
- 2) с 2-х лет (+)
- 3) после прорезывания всех временных (молочных) зубов
- 4) ко времени поступления в школу
- 5) с 5 лет

6. Симптомами острого герпетического стоматита являются:

- 1) подчелюстной лимфаденит
- 2) гингивит
- 3) афты на слизистой оболочке полости рта
- 4) все перечисленное (+)
- 5) энантема на слизистой мягкого неба

7. Развитию кариеса зубов способствует избыток в диете пищевых компонентов, содержащих много:

- 1) кальция
- 2) сахара (+)
- 3) жидкости
- 4) поваренной соли
- 5) жиров

8. Подвижность зубов, кровоточивость десен (пародонтальный синдром) могут быть при:

- 1) нейтропении (+)
- 2) респираторно-вирусном заболевании
- 3) нефрите
- 4) "коллагенозах"
- 5) системных заболеваниях соединительной ткани

9. Неспецифический паротит отличается от эпидемического по одному из перечисленных признаков:

- 1) острое начало заболевания
- 2) двусторонний характер поражения
- 3) рецидивирование процесса (+)
- 4) выраженный инфильтрат в околоушно-жевательной области
- 5) умеренная болезненность при пальпации

10. Ребенка надо направлять к стоматологу:

- 1) в возрасте 1 года
- 2) к моменту прорезывания первых зубов
- 3) при выявлении факторов риска (+)
- 4) при выявлении разрушения зубов
- 5) при выраженном рахите

11. Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно:

- ) задержка психомоторного развития
- 2) длительно существующая желтуха новорожденных
- 3) сухость кожи
- 4) диарея (+)
- 5) запоры

12. Для больного сахарным диабетом не характерно:

- 1) жажда
- 2) учащенное мочеиспускание
- 3) похудание
- 4) плаксивость (+)
- 5) полифагия

13. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:

- 1) вялость
- 2) мышечная гипотония
- 3) жидкий стул
- 4) все перечисленное (+)
- 5) рвота

14. У больных с врожденным первичным гипотиреозом не наблюдается:

- 1) снижение вольтажа на ЭКГ
- 2) повышенного уровня ТТГ
- 3) сниженного уровня Т3, Т4
- 4) высокого уровня гормона роста (+)
- 5) гиперхолестеринемия

15. Для больного сахарным диабетом не характерно:

- 1) жажда
- 2) полиурия
- 3) экзофтальм (+)
- 4) расчесы на коже
- 5) сухость кожи

16. Неотложными мероприятиями при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома являются:

- 1) введение внутримышечно гидрокортизона каждые 6-8 часов
- 2) введение физиологического раствора
- 3) введение ДОКСа внутримышечно 1-2 раза в сутки
- 4) введение всех перечисленных препаратов (+)
- 5) введение 5% раствора глюкозы внутривенно капельно

17. Выбор антибиотика для лечения гнойного менингита определяется:

- 1) только этиологией заболевания
- 2) этиологией заболевания и проходимость через ГЭБ (+)
- 3) только проходимость через ГЭБ
- 4) возрастом больного

5) сроком диагностики

18. Наиболее эффективен для купирования судорожного статуса:

- 1) дроперидол, аминазин
- 2) седуксен внутривенно в дозе 0,35-0,5 мг/кг (+)
- 3) седуксен внутривенно в дозе 0,1 мг/кг
- 4) барбитураты
- 5) конвулекс

19. Противосудорожный эффект можно получить от:

- 1) глюкокортикоидов
- 2) разгрузочной спинномозговой пункции (+)
- 3) ноотропов
- 4) оксигенотерапии
- 5) переливания крови

20. Рвота при пилоростенозе характеризуется:

- 1) скудным срыгиванием
- 2) рвотой, по объему меньшей, чем ребенок высосал за 1 раз
- 3) обильным срыгиванием
- 4) рвотой "фонтаном" (+)
- 5) срыгиванием после каждого кормления

**(ПК-1)**

<b>9 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Мальчик М., 1 год 1 месяц, поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8 °С, влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно отмечались заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, гипосенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала

заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8 °С, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача. При осмотре обращали на себя внимание следующие симптомы: отсутствие аппетита, выраженная вялость, бледность кожи, периоральный цианоз, одышка до 80 в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС — 160 уд./мин, сатурация кислорода — 88%. Ребенок госпитализирован. Общий анализ крови: гематокрит — 49%, эр.—  $3,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 122 г/л, цв. п.— 0,8, лейкоц.—  $10,8 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 4%, с — 52%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 27 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — 0,066%, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова, предположительно, этиология данного заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите три основных звена патогенеза в развитии данной патологии.
5. Показания для смены антибактериальной терапии. Альтернативные группы антибактериальных препаратов.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. В развитии данной внебольничной пневмонии ведущим этиологическим фактором является *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, пневмоциты, грибы, вирусы (грипп, герпес — вирусы), *L.pneumoniae*.

2. Внебольничная пневмония правосторонняя тяжелая форма, ДН I — II. Микропротеинурия.

3. Назначить проведение R-граммы грудной клетки, ЭКГ, определение C-реактивного белка, показателей гемостаза крови, общий анализ мочи в динамике.

4. Аспирация содержимого ротоглотки, вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы, фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхов и попадание микроорганизмов непосредственно в альвеолы с последующим размножением. Возникающий серозный отек, содержащий большое количество бактерий, распространяется через альвеолярные поры на паренхиму легкого и плевру.

5. Смена антибактериальной терапии в случае первоначально назначенных  $\beta$ -лактамных антибиотиков показано при сохранении лихорадки в течение 24–48 часов, симптомов интоксикации, одышки, физикальных данных. Альтернативные группы — цефалоспорины II — III поколения, макролиды.

2. Мальчик И., 11 лет. Обратились в приемное отделение педиатрического стационара самостоятельно. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад ребенок перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию амоксициллином в течение 5 дней. Через 14 дней был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мать стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически

повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к участковому врачу, сделан общий анализ крови — без изменений. Был поставлен диагноз: астенический синдром, рекомендована витаминотерапия. Однако неврологические расстройства нарастают: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем самостоятельно обратились в педиатрический стационар. Больной был госпитализирован. Состояние при поступлении тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится за пределы области сердца, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: эр.—  $4,5 \times 10^{12}$  /л, Нв — 120 г/л, лейкоц.—  $6,5 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 2%, с — 46%, л — 48%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Острая ревматическая лихорадка: хорей, НК 0 (ФК 0).*
2. *Биохимический анализ крови, АСЛ-О, С-реактивный протеин. ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеновский снимок грудной клетки, ЭЭГ, Эхо-энцефалоскопия.*
3. *Консультация невролога.*

3. Мальчик, 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен. Ребенок от 1-й беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец — хроническим гастродуоденитом; бабушка (по матери) — калькулезным холециститом. Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Пальпируется край печени. Пузырные симптомы: Мерфи — (+), Орнтера — (+), Френикус — (+). Общий анализ крови: эр —  $4 \times 10^{12}$  /л, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,95, лейкоц.—  $10 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 7%, с/я — 62%, л — 24%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1025, белок — нет, сахар — нет, лейкоц.— 2–3 в п/з, эр.— нет, желчные пигменты — (+++). Биохимический анализ крови: общий белок — 75 г/л, альбумины — 55%, глобулины: альфа1- — 3%, альфа2- — 12%, бета- — 12%, гамма- — 18%; АлАТ — 50 Ед/л, АсАТ — 60 Ед/л, ЩФ — 160 Ед/л (норма 70–140), амилаза — 80 Ед/л (норма 10–120), тимоловая

проба — 5 ед., билирубин — 32 мкмоль/л, из них прямой — 12 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь: стенки до 6 мм (норма — 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10–12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа: гетерогенная эхогенность, головка — 19 мм (норма — 18), тело — 15 мм (норма — 15), хвост — 20 мм (норма — 18), гиперэхогенные включения.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой фактор спровоцировал заболевание у ребенка?
3. Какова информативность УЗИ в постановке диагноза?
4. Укажите методы лечения.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Желчнокаменная болезнь, период обострения. О наличии камня в желчном пузыре свидетельствуют данные УЗИ желчного пузыря. Наличие желчнокаменной болезни сопровождается явлением «каменного» холецистита и реактивного панкреатита.
2. Обострение желчнокаменной болезни было спровоцировано употреблением хлеба с маслом, яйцом и кофе.
3. УЗИ желчного пузыря дает 100-процентную информацию о наличии камня.
4. Показана холецистэктомия.

4. Ребенок 3-х лет. Заболел остро: повысилась температура тела до 39,5 °С, появилась рвота, головная боль, затем жидкий стул до 8 раз. Стул жидкий, обильный, затем скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Госпитализирован на второй день болезни. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура 38,5 °С, вялый. Кожа бледная, синева под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, пульс 124 уд./мин. Живот втянут. При пальпации болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Анус податлив. Стул скудный, с большим количеством слизи, зелени и прожилками крови. Мать ребенка работает поваром в детском саду, который посещает ее ребенок, здорова. Одновременно в разных группах детского сада заболели еще несколько детей с клинической картиной: высокая температура, головная боль, жидкий стул. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,3 \times 10^{12}$  /л, Нв — 101 г/л, лейкоциты —  $10,0 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 9%, с/я — 55%, л — 28%, м — 3%, СОЭ — 22 мм/час. Копрограмма: консистенция — жидкая, слизь — большое количество, мышечные волокна — (++) , нейтральный жир — (+), лейкоциты — 25–30 в п/з, эритроциты — 20–25 в п/з, яйца глистов не обнаружены, РПГА с сальмонеллезным антигеном отрицательная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дополните обследование.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Инфекционный энтероколит, типичный, средней тяжести (вероятно, шигеллез).
2. Бактериологическое исследование кала трехкратно до введения антибиотика, кал на простейшие и яйца гельминтов, экспресс-тест на ротавирус.

3. Дифференцировать с другими кишечными инфекциями (сальмонеллез, эшерихиоз), аппендицитом.

4. Диета стол № 4, антибиотик из группы аминогликозидов, оральная регидратация, энтеросорбция, пробиотики, ферменты.

5. Карантин на дошкольное учреждение семь дней, текущая и заключительная дезинфекция, обследование контактных и работников пищеблока.

5. В поликлинику поступил вызов к ребенку в возрасте 8 дней жизни. Причина вызова — «фурункулы» молочных желез. У девочки при осмотре крик громкий, эмоциональный. По органам — без особенностей. На носу и на лбу определяются множественные беловато-желтые узелки размером 1 мм. Сосание не нарушено. Отмечается увеличение молочных желез до 2 см и выделение белого содержимого из сосков без признаков гиперемии вокруг. При осмотре области гениталий выделилось незначительное количество слизисто-сукровичного отделяемого. Лимфатические узлы не пальпируются. Ребенок от первой, нормально протекающей беременности, роды в сроке 39 недель, безводный период 2 ч. 30 мин., предлежание головное. Масса при рождении 3650 г, длина 52 см, закричала сразу, к груди приложена в родовом зале, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Желтуха физиологическая. Физиологическая убыль массы 3%. Пупочная ранка в момент осмотра сухая. Выписана из роддома на пятые сутки. Привита от гепатита В и вакциной БЦЖ.

1. Каков ваш диагноз? Объясните причину возникшего состояния.

2. Какой должна быть тактика врача?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Это гормональный криз новорожденного, возникающий как вариант физиологических сдвигов в данной возрастной группе. Криз наблюдается в период от 7-го до 21-го дня жизни новорожденного, и никаких мер принимать не следует.

2. Ежедневные купания и сухое тепло на область молочных желез.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Карпопедальный спазм характерен для:

- 1) дефицита железа
- 2) гипофосфатемии
- 3) гипокальциемии (+)
- 4) фебрильных судорог
- 5) эписиндрома

2. Развитию рахита при длительном применении способствует:

- 1) фенобарбитал (+)
- 2) папаверин
- 3) пиридоксаль фосфат
- 4) пенициллин
- 5) глицин

3. Витамин Д:

- 1) увеличивает продукцию паратгормона
- 2) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта (+)
- 3) блокирует канальцевую реабсорбцию Са
- 4) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови
- 5) на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет

4. Краниотабес не наблюдают:

- 1) при Д-дефицитном рахите
- 2) при Д-зависимом рахите
- 3) при остеопорозе (+)
- 4) у недоношенного и незрелого ребенка
- 5) при гипотрофии и Д-дефицитном рахите

5. Для паротитной инфекции не характерно:

- 1) панкреатит
- 2) поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
- 3) энцефалит
- 4) нефрит (+)
- 5) орхит (или аднексит)

6. Причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка:

- 1) увеличение силы дыхательной мускулатуры
- 2) уменьшение бактериальной аллергии
- 3) увеличение просвета бронхов (+)
- 4) уменьшение реактивности лимфатической ткани
- 5) уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

7. Из перечисленных клинических признаков отсутствуют при экссудативном плеврите:

- 1) ослабление дыхания
- 2) притупление перкуторного звука
- 3) бронхиальный тип дыхания (+)
- 4) ослабленное голосовое дрожание
- 5) тахипноэ

8. Для гемолитико-уремического синдрома не типично:

- 1) анемия
- 2) прямая гипербилирубинемия (+)
- 3) тромбоцитопения
- 4) олигурия
- 5) протеинурия

9. При острой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является:

- 1) повышение температуры
- 2) поверхностное дыхание (+)
- 3) повышение метаболизма
- 4) тахикардия
- 5) анемия

10. Бронхиолит у детей раннего возраста:

- 1) легкое и кратковременное заболевание
- 2) обусловлен аллергическим компонентом
- 3) является ранним признаком бронхиальной астмы
- 4) приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию легких (+)
- 5) бронхиолит у детей раннего возраста не бывает

11. Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1) врожденного порока сердца
- 2) метгемоглобинемии (+)
- 3) пневмонии
- 4) ателектаза
- 5) крупа

12. Практически не встречается в раннем детском возрасте:

- 1) бронхопневмония
- 2) аспирационная пневмония
- 3) лобарная пневмония (+)
- 4) абсцедирующая пневмония
- 5) пневмоцистная пневмония

13. Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является:

- 1) интубация и искусственное дыхание
- 2) положение на пораженной стороне
- 3) активная кислородотерапия
- 4) возвышенное положение
- 5) плевральный дренаж (+)

14. Голосовое дрожание усилено при:

- 1) плеврите
- 2) пневмотораксе
- 3) инфильтративном легочном процессе (+)
- 4) легочной эмфиземе
- 5) ателектазе

15. Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и кровотечения имеет место при:

- 1) гемофилии А
- 2) недостаточности VII фактора
- 3) недостаточности XIII фактора
- 4) афибриногенемии (+)
- 5) каждом из перечисленных заболеваний

16. Из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза:

- 1) полифекалия

- 2) мекониальный илеус
- 3) гипернатриемия (+)
- 4) стеаторея
- 5) ателектазы

17. Для непереносимости фруктозы верны перечисленные положения, кроме:

- 1) заболевание связано с дефектом энзима печени
- 2) сопровождается гипергликемией (+)
- 3) введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояние
- 4) больной отстает в психомоторном развитии
- 5) лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих глюкозу

18. Целиакия:

- 1) развивается в большинстве случаев в первые 3) месяца жизни
- 2) приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- 3) спонтанно излечивается после 2) года жизни
- 4) сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника (+)
- 5) не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

19. Для приготовления пищи при глютен-индуцированной целиакии рекомендуется использовать:

- 1) пшеничную муку
- 2) ржаную муку
- 3) овсяные хлопья
- 4) манную крупу
- 5) кукурузную муку (+)

20. Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен:

- 1) мышечная гипотрофия
- 2) жажда (+)
- 3) судороги
- 4) отеки
- 5) повышение артериального давления

**(ПК-2)**

<b>9 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних

	<p>органов от других заболеваний</p> <p>ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

#### **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Ребенок 5 месяцев, родился массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 года на искусственном вскармливании. Болен в течение 5 дней. Заболел остро. Появились вялость, отказ от еды, срыгивания, покашливание, повышение температуры тела до 37,5 °С. Однократно рвота. Стул разжиженный, до 2-х раз в сутки. На фоне лечения на дому (капли в нос, отхаркивающая микстура) состояние без динамики. Ребенка госпитализировали. При поступлении в стационар масса 6000 г, длина 62 см. Температура тела 37,9 °С, сатурация кислорода — 84%. Кожа бледная, с сероватым оттенком, «мраморный» рисунок, акроцианоз, периоральный цианоз. Частота дыхания 54 в 1 мин. Дыхание поверхностное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Кашель сухой, частый. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: скудные сухие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 142 уд./мин. Живот мягкий, распластан, выражена «гаррисонова» борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2–3 раза в день, кашицеобразный со слизью. Общий анализ крови: эр. —  $3,8 \times 10^{12}$  /л, Нв — 100 г/л, лейкоц. —  $15,6 \times 10^9$  /л, п/я — 10%, с — 58%, л — 22%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час. Общий анализ мочи: количество — 50,0 мл, относительная плотность мочи — 1,010, слизи — нет, эпителия — нет, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет. Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, щелочная фосфатаза — 900 ммоль/л (норма — 220–820), кальций — 2,3 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л. На рентгенограмме грудной клетки: усиление бронхососудистого рисунка. Инфильтративная тень в средней доле справа. Прикорневая инфильтрация справа.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза с учетом предполагаемого возбудителя.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий на педиатрическом участке.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА:*

1. Внебольничная пневмония в средней доле правого легкого, тяжелая форма, ДН II. Гипотрофия I ст. Анемия I ст. Рахит II ст., период разгара, подострое течение.
2. ЭКГ, определение С-реактивного белка, ИФА к ЦМВ, вирусу простого герпеса, герпеса 6 типа. Иммунограмма.

3. *β-лактамы антибиотики (амоксициллин, амоксициллин клавуланат) либо цефалоспорины II — III поколения, муколитики, кислород.*

4. *Осмотр педиатром 1 раз в месяц в первые 3 месяца, затем — 1 раз в 3 месяца до одного года. Консультация инфекциониста. Лечение анемии, рахита, гипотрофии. Профилактика ОРВИ.*

2. Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана II ст. Настоящее ухудшение состояния наступило после охлаждения. При поступлении обращает внимание бледность, одышка до 26 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV — V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV — V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. В точке Боткина выслушивается низкочастотный интенсивный мезодиастолический шум. Частота сердечных сокращений — 100 уд./мин. АД 105/50 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: эр. —  $4,3 \times 10^{12}$  /л, Нв — 115 г/л, лейкоц. —  $10,0 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 4%, с — 54%, л — 36%, м — 3%, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1015, белок — следы, глюкоза — отсутствует, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют. ЭКГ: синусовая тахикардия 112 в мин., отклонение электрической оси сердца влево, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Составьте план лечения данного больного.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Повторная ревматическая лихорадка: кардит, сочетанный порок митрального клапана (недостаточность, стеноз). Нарушение кровообращения (НК) I — II ст.*

2. *Биохимический анализ крови, АСЛО, С-реактивный протеин. ЭхоКГ, рентгеновский снимок грудной клетки.*

3. *Госпитальный этап: постельный/полупостельный режим — 7–10 дней, постепенное расширение двигательного режима. Стол № 10. Этиотропное лечение — антибиотик пенициллинового ряда (амоксициллин) 14 дней, затем переход на пролонгированные формы (бициллин-5 1 раз в 4 недели 1500000 ЕД в/м) круглогодично. Противовоспалительная терапия: НПВС — ортофен — 3 мг/кг/сут., 1–1,5 мес.; преднизолон — 0,7–0,8–1 мг/кг/сут., 10–14 дней, постепенное снижение дозы до 2,5 мг каждые 5–7 дней под контролем клинико-лабораторных показателей. Терапия НК: капотен — 0,5 мг/кг/сут., гипотиазид — 1 мг/кг/сут. Второй этап: санаторно-курортное лечение при достижении ремиссии или минимальной активности. Санация очагов инфекции. Третий этап: диспансерное*

*наблюдение 1-й год — ежемесячно, 2-й год — ежеквартально, далее — 2 раза в год. Контроль: в динамике общий анализ крови, общий анализ мочи, АСЛО, ЭКГ, ЭхоКГ. Консультации стоматолога, отоларинголога 1–2 раза в год.*

3. Девочка, 5 лет, с первого года жизни страдает запорами, стул в последний год через 4–5 дней, преимущественно после очистительной клизмы, самостоятельная дефекация редко, затрудненная, неполная. В течение 6 месяцев энкопрез. Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяца, наблюдалась у невропатолога с диагнозом синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этиологии. Матери 38 лет, страдает запорами. Отец — 40 лет, здоров; старший брат — 13 лет, здоров. Осмотр: масса 16 кг, рост 105 см, кожа бледно-розовая, синева под глазами, живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена, каловые камни. Печень +1, 1,5 см ниже края реберной дуги, слабо положительные пузырьные симптомы. По другим органам — без изменений. Общий анализ крови: эр —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 118 г/л, цв. п. — 0,89, лейкоц. —  $6,2 \times 10^9$  /л, э — 4%, п/я — 3%, с/я — 47%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 11 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1018, белок — нет, сахар — нет, эп. пл. — небольшое количество, эр. — нет, слизь — немного. Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; мышечные волокна — в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный и внеклеточный — много, йодофильная флора — значительное количество, растительная клетчатка неперевариваемая — немного, слизь — много, лейкоц. — 1–2 в п/з. Ирригография: толстая кишка гипотонична, сигмовидная — значительно удлинена, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре — выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой оболочки толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

1. О какой патологии можно думать?
2. Энкопрез первичный или вторичный?
3. План лечения.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Долихосигма. Хронический колит в стадии обострения. Энкопрез.*

*2. Энкопрез вторичный.*

*3. План лечения: повторные очистительные клизмы кипяченой водой комнатной температуры до полного опорожнения толстой кишки в течение нескольких дней (до купирования энкопреза). Микроклизмы «Микролакс» (разрешен с рождения, но является препаратом скорой помощи, а не длительного использования, обладает раздражающим действием на слизистую оболочку кишки). Макрогол 0,8 г/кг (с 6 мес.) — 4 мг на 100 мл воды 2 раза в день. Длительность терапии — не менее 30 дней, при необходимости — до 3-х мес. Питьевой режим — 1000 мл в сутки. В рацион питания ввести пищевые волокна (серые каши, тушеные овощи, курага, чернослив, инжир). Массаж живота, ЛФК.*

4. На консультативный прием обратились родители ребенка 2,5 месяца жизни с жалобами на запоры и затяжную желтуху. При этом общее самочувствие ребенка не страдает, сон не нарушен, аппетит хороший, прибавка массы за первый месяц составила +600,0 г, за второй — +850,0 г. Неврологически здоров, данные НСГ без патологии. Показатель общего

билирубина в возрасте два месяца — 38,5 мкмоль/л, АЛТ — 27,0 Ед/л, АСТ — 34,3 Ед/л. При осмотре отмечается субиктеричное окрашивание склер, кожа бледная. Лимфоузлы в пределах нормы, по органам — без особенностей, печень у края реберной дуги, мальчик крупного телосложения, впрочем, как и родители. Наследственность не отягощена. Ребенок родился переношенным в сроке 42 недели. У женщины отмечались артериальная гипертензия, прибавка в весе за период беременности составила +15 кг, была хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестоз легкой степени в третьем триместре беременности, отеки ног, эутиреоз, получала L-тироксин 25 мкг/сут. и йодомарин 200 мкг/сут. в течение трех месяцев. Супруги до настоящей беременности лечили хламидиоз. Мальчик родился путем кесарева сечения, массой 4600,0 г, длиной 56 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Вскармливание грудное. Стул был регулярным первый месяц жизни, затем отмечена склонность к запору.

1. Что можно сказать о состоянии здоровья ребенка?
2. Поставьте клинический диагноз и предложите план наблюдения.

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Ребенок рожден от женщины с отягощенным акушерским анамнезом, переношен, крупный плод. Проведено обследование на маркеры ВУИ, результаты скрининга методом ИФА отрицательные.*

*2. Желтуха, гипербилирубинемия и запоры могут быть признаками гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ позволит направить ребенка к эндокринологу для уточнения диагноза гипотиреоза.*

5. Девочка А. 4-х лет, страдает аллергической сыпью 1,5 месяца. Дерматолог назначил стандартное обследование и лечение, а именно: фенистил и энтеросорбент на 10 дней. Однако аллергия не исчезала, сыпь периодически появлялась по типу рецидивирующей крапивницы, а на месте высыпаний оставались элементы, напоминающие экзему. Отмечался зуд кожи, при осмотре выявлены расчесы на конечностях. Чесотка исключена. До проявлений кожной аллергии у девочки была ОРВИ легкой степени, которую лечили симптоматически. Мать считала, что старшая дочь здорова. Из семейного анамнеза: у младшей сестры были выявлены и пролечены цитомегаловирусная инфекция, респираторный хламидиоз. При осмотре кожа сухая, имеются расчесы на конечностях, очаги лихенизации диаметром до одного см. Подколенные и локтевые ямки чистые. Отмечается симптом «грязных колен». Зев спокоен, язык обложен грязноватым налетом. Лимфоузлы задне-шейные увеличены до одного см, множественные, безболезненные. По органам — без патологии, печень выступает из-под края реберной дуги справа на +1,5+2,0 см. Общий анализ мочи: без патологии. Общий анализ крови: Нв — 137 г/л, лейкоциты —  $6,2 \times 10^9$  /л, э — 5%, п/я — 2%, с/я — 59%, л — 30%, м — 4%, СОЭ — 20 мм/час. Яйца глистов не обнаружены. Соскоб с перианальных складок — отрицат. УЗИ органов брюшной полости: умеренные диффузные изменения в печени, функциональный перегиб желчного пузыря. Осмотр ЛОР — без патологии. ИФА-метод: антитела: лямблии - IgM (отр.), IgG (отр.); описторхисы - IgG (отр); токсокары (отр.); аскариды - IgM (отр.), IgG (отр.); Chl. pn. - IgM (отр.), IgG - 1/40; CMV - IgG - 1/25600, IgM (отр.); HSV - IgG (отр), IgM (отр.); ТОХО - IgM (полож.), IgG (отр.); HBsAg (отр.), aHCV (отр.); VCA EBV - IgM (отр.), EA (отр.), NA IgG (отр.). Дополнительно из анамнеза: в семью взяли котенка за три месяца до болезни девочки. При повторном осмотре на спине у девочки появились свежие элементы пятнисто-папулезной сыпи в виде очагов крапивницы диаметром 1,5 см.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Поясните результаты обследования.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

*1. Внезапно наступившая кожная аллергия после дебюта ОРВИ, наличие микрополиаденита, гепатомегалия, контакт с кошкой за три месяца до болезни, рецидивирующая крапивница на фоне приема антигистаминных препаратов и энтеросорбентов позволяют провести обследование на паразитозы, в том числе на токсоплазмоз.*

*2. Выявление IgM к токсоплазме подтверждает диагноз приобретенного токсоплазмоза. Антитела IgG к ЦМВ и хламидиям являются маркерами пастинфекции, перенесенной девочкой в прошлом. Лечение токсоплазмоза по протоколу.*

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется:
  - 1) к концу 1-й недели жизни
  - 2) к концу 2-й недели жизни (+)
  - 3) к концу 1-го месяца жизни
  - 4) на 2-м месяце жизни
  - 5) на 3 месяце жизни
2. Потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании:
  - 1) 1,5-2 г/кг в сутки
  - 2) 2,25-3,5 г/кг в сутки
  - 3) 3,6-4 г/кг в сутки (+)
  - 4) 4,5-5 г/кг в сутки
  - 5) 5,0-5,5 г/кг в сутки
3. В углеводах грудного молока преобладает сахар:
  - 1) сахароза
  - 2) мальтоза
  - 3) бета-лактоза (+)
  - 4) галактоза
  - 5) глюкоза
4. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании способствуют:
  - 1) короткий пищевод
  - 2) недостаточное развитие кардиального отдела желудка
  - 3) относительный гипертонус пилорического отдела желудка
  - 4) все перечисленные (+)
  - 5) физиологический дефицит ферментов

5. В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне:

- 1) желудка
- 2) верхних отделов тонкой кишки (+)
- 3) тощей кишки
- 4) толстой кишки
- 5) во всех отделах равномерно

6. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через:

- 1) 1 неделю
- 2) 2-3 недели
- 3) 4-6 недель (+)
- 4) 2-3 месяца
- 5) 4-6 месяцев

7. Наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

- 1) асфиксия и родовая травма
- 2) пороки развития ЦНС
- 3) гипогликемия и гипокальциемия (+)
- 4) гипербилирубинемия
- 5) гипергликемия

8. Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является:

- 1) анемия
- 2) поражение печени
- 3) поражение ЦНС (+)
- 4) сердечная недостаточность
- 5) поражение почек

9. Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается

- 1) при лактазной недостаточности
- 2) при муковисцидозе (+)
- 3) при экссудативной энтеропатии
- 4) все ответы правильные
- 5) при галактоземии

10. Предметом выбора при лечении муковисцидоза является ферментный препарат:

- 1) абомин
- 2) трифермент
- 3) панкреатин (+)
- 4) ораза
- 5) мезим-форте

11. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется:

- 1) дефект межжелудочковой перегородки

- 2) тетрада ФАЛЛО
- 3) транспозиция магистральных сосудов (+)
- 4) открытый магистральный проток
- 5) дефект межпредсердной перегородки

12. Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса:

- 1) множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- 2) нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза (+)
- 3) тяжелое поражение ЦНС
- 4) выраженный кишечный синдром
- 5) пневмония

13. Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей:

- 1) наличие множества гнойных очагов
- 2) тяжелая сердечная недостаточность
- 3) гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
- 4) нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК (+)
- 5) гипертермия, токсикоз

14. В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:

- 1) белка
- 2) витаминов А и Е
- 3) иммуноглобулина А
- 4) лактозы (+)
- 5) галактозы

15. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь:

- 1) родовую травму ЦНС
- 2) порок развития головного мозга
- 3) метаболические нарушения
- 4) гнойный менингит (+)
- 5) вирусный энцефалит

16. При фиброэластозе чаще всего поражается:

- 1) левый желудочек (+)
- 2) левое предсердие
- 3) правый желудочек
- 4) правое предсердие
- 5) все отделы

17. Патогномоничным симптомом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки является:

- 1) рвота с рождения
- 2) гинекомастия
- 3) вирильные наружные гениталии с пигментацией (+)

- 4) мраморный рисунок кожи
- 5) диарея

18. Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:

- 1) пемфигус
- 2) везикулопустулез (+)
- 3) болезнь Риттера
- 4) псевдофурункулез
- 5) синдром Лайела

19. При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных наиболее эффективен метод:

- 1) фототерапия
- 2) лечение фенобарбиталом
- 3) инфузионная терапия
- 4) комбинация перечисленных методов (+)
- 5) энтеросорбенты

20. Укажите характер стула при дисахаридазной недостаточности:

- 1) гомогенный, желтый, со слизью
- 2) жидкий, жирный, зловонный
- 3) водянистый, кислый, трескучий (+)
- 4) обильный, замазкообразный, ахоличный
- 5) малыми порциями со слизью

**(ПК-3)**

<b>9 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных

## **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

### **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больной М., 4 года. Жалобы на приеме: подъем температуры до 38 ° С в течение 3-х дней, снижается на фоне приема парацетамола, кашель сухой, снижение аппетита, вялость, слабость, головокружение, боль в правом подреберье. Из анамнеза: посещает детский сад, занимается плаванием. В семье больных нет. При осмотре: ребенок вялый, температура 38,2 0 С. Дыхание шумное. Катаральных изменений нет. Носовое дыхание свободное. Кашель малопродуктивный. ЧД — 38 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое. Выслушиваются сухие рассеянные хрипы, ослабление дыхания справа в подлопаточной области. Перкуторно — притупление легочного звука справа по задней поверхности под углом лопатки. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: эр. — 4,8 x 10<sup>12</sup> /л, Нв — 120 г/л, лейкоц. — 15,2 x 10<sup>9</sup> /л, э — 2%, с — 65%, п — 10%, л — 20%, м — 5%, СОЭ — 20 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены?
4. Предположите этиологический фактор заболевания.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Назначение антибактериальной терапии ( $\beta$ -лактамовых антибиотиков), муколитики. Ребенок подлежит обязательной госпитализации.
2. Внебольничная пневмония (пневмококковая), правосторонняя, среднетяжелая форма.
3. Рентгенограмма органов грудной клетки, посев мокроты.
4. *Streptococcus pneumoniae*

2. Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на сохраняющуюся в течение 4-х недель субфебрильную температуру, без катаральных явлений, слабость, утомляемость, плохой аппетит. Анамнез заболевания: данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован в педиатрический стационар. Анамнез жизни: девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. В возрасте 1 месяца был выслушан довольно интенсивный систолический шум с максимумом аускультации в III — IV межреберье слева от грудины, без проведения за пределы области сердца. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части, субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не отмечалось, лечения не получала, детским кардиологом осматривалась один раз в год. При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледная, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV — V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III — IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание в III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III — IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически над всей областью сердца. В III межреберье слева от грудины выслушивается диастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева — акцент II тона. Частота сердечных сокращений 120 уд./мин. АД 115/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Общий анализ крови: эр. —  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 105 г/л, лейкоц. —  $12,0 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 7%, с — 37%, л — 50%, м — 3%, СОЭ — 40 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок — 0,05 мкг/л, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют. ЭКГ: синусовая тахикардия 116 в 1 мин., нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков. Нарушение процессов реполяризации.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Инфекционный эндомиокардит, острое течение. Поражение митрального клапана? ВПС — ДМЖП. НК II А — Б ст. Диагноз инфекционного эндомиокардита вероятен, о чем могут свидетельствовать: наличие ДМЖП, что относит больную в группу высокого риска по инфекционному эндокардиту; стоматологическое вмешательство в анамнезе — экстракция зуба 4 недели назад; длительная лихорадка; нарастание симптомов сердечной недостаточности; аускультативная картина митрального стеноза.*

2. *Трехкратный посев крови с интервалом в 12 часов, С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, АСЛО. ЭХО-КГ. Исследование на вирусы (вирусологическое, методом ПЦР, серологическими методами) с целью дифференциальной диагностики.*

3. Мальчик, 9 лет. В течение 1,5 года у ребенка повторные приступы боли в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2-х дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки по возрасту. Мать — 34 года, гастрит, бабушка (по матери) — холецистопанкреатит, сахарный диабет. Осмотр: масса 26 кг, рост 136 см. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце — тоны звучные, ясные, ЧСС — 92 в мин., АД — 95/60 мм рт. ст., дыхание переходное, без хрипов. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительны. Общий анализ крови: эр —  $4,2 \times 10^{12}$  /л, Нв — 124 г/л, цв. п. — 0,88, лейкоц. —  $6,6 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 4%, с/я — 51%, л — 36%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1021, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет. Амилаза мочи: 128 ед. (норма 32–64). УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена,

паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь: 58x35 мм (норма — не больше 50x30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка — 22 мм (норма — 16), тело — 18 мм (норма — 14), хвост — 26 мм (норма — 18), имеются гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова причина заболевания в данном случае?
3. План лечения данного ребенка.
4. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Хронический панкреатит в стадии обострения.*

*2. Обострения провоцируются приемом обильной пищи, употреблением жирных и жареных блюд, пирожных и др. праздничных блюд.*

*3. Госпитализация. Стол с исключением экстрактивных веществ, сырой клетчатки. Необходимо употреблять отвар шиповника, несладкий чай. По мере затихания обострения назначают протертые каши, молочный кисель. Овощной протертый суп, овощное пюре на 7–8-й день, паровые фрикадельки, паровые котлеты, рыба (протертый вариант 5-го панкреатического стола). Через 2–3 недели назначают «непротертый» вариант 5П стола и технологическую обработку продуктов — варку, тушение, запекание. В период остроты панкреатита назначают инфузионную терапию в виде растворов аминокислот, глюкозо-солевых растворов с добавлением калия хлорида, глюконата кальция. Медикаменты: назначают препараты-спазмолитики (но-шпа, папаверин) в сочетании с анальгетиками (при боли в животе) — баралгин. Подавляют стимуляцию действия соляной кислоты назначением препаратов-антацидов (по выбору): альмагель, фосфалюгель, маалокс, гевискон. Ингибиторы протеолитических ферментов: контрикал — 5–10 тысяч единиц 2–3 раза в день ежедневно или через день. Сандостатин — быстрое улучшение состояния больных, уменьшаются боли в животе, ликвидируется парез кишечника, нормализуется активность амилазы, липазы, трипсина в крови и моче. Назначают в дозах от 25 до 150 мкг 2–3 раза в день п/к или в/в от 5 до 7 дней в зависимости от возраста. С заместительной целью назначают препараты-ферменты (панкреатин, мезим форте, креон, панзинорм, фестал, дигестал и др.).*

*4. Амбулаторно: первый год после выписки из стационара наблюдать ежеквартально. Курсы противорецидивной терапии — 2–3 раза в год. Лечебный стол с исключением жирных, жареных блюд, раздражающей растительной клетчатки. Желчегонные препараты — 2–3 раза в год, мотилиум Минеральная вода, лучше в санаторных условиях (Обухово, Нижние Серьги, Железноводск). С диспансерного учета детей не снимать до перехода во взрослую сеть.*

4. На консультативный прием иммунолога обратились родители ребенка в возрасте 10 лет с жалобами на воспаление правого коленного сустава продолжительностью 1,5 месяца. Заболел остро после перенесенной ОРВИ, наследственность благополучна. Ревматолог назначил ортофен, боль и отечность уменьшились, но симптомы вялотекущего артрита сохраняются. Утром встает и ходит без боли и утренней скованности. Периодически беспокоит субфебрилитет. Травмы, ушибы, падения отрицают. Спортом не занимается. Объективно: кожа нормальной окраски, на руках царапины, увеличены лимфоузлы заднешейные, подчелюстные, подмышечные множественные, безболезненные, до 0,8 см в

диаметре Зев чистый, миндалины рыхлые, увеличены до 2 ст. Легкие и сердце без патологии. Печень выступает справа на +0,5+1,0+1,5 см, селезенка пальпируется краем. Физиологические отправления всегда в норме. Движения в суставах в полном объеме, правое колено в диаметре на один см больше левого, движения немного ограничены, безболезненны, сустав не горячий. Общий анализ мочи: белок, сахар — отр., относительная плотность мочи — 1024, клетки плоского эпителия — единичные в поле зрения, лейкоциты — 0–2 в п/з, эритроциты — 1–2 в п/з. Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, лейкоциты —  $6,4 \times 10^9$  /л, э — 7%, п/я — 3%, с/я — 41%, л — 46%, м — 3%, СОЭ — 14 мм/час. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 19,6 мкмоль/л, прямой билирубин — 0,7 мкмоль/л, АСТ — 39,0 Ед/л, АЛТ — 28,2 Ед/л, сахар — 4,7 ммоль/л, общий белок — 65 г/л; альфа1- — 3,8, альфа2- — 13,5, бета- — 12,6, гамма- — 19,0; СРБ — +, АСЛО — 340 ед. ЭКГ — синусовый ритм 78–83 в 1 мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса. УЗИ органов брюшной полости и почек: умеренная гепатомегалия, увеличение группы лимфоузлов в воротах печени, почки без патологии. УЗИ правого коленного сустава — небольшой выпот в полость сустава. Яйца глистов не обнаружены. Соскоб с перианальных складок — отр. Р. Манту ежегодно — отр. Окулист — среды прозрачные, диски зрительных нервов розовые. ЛОР — патологии не выявлено. ИФА-метод: антитела: лямблии – IgM (отр.), IgG (отр.); описторхисы – IgM (отр.), IgG (отр.); токсокары (отр.); аскариды – (отр.); CMV – IgG - 1/800, IgM (отр.); HSV – IgG – 1/1600, IgM (отр.); Chl. рп. – IgM (отр.), IgG – (отр.); ureaplasma (отр.); mycoplasma hom. (отр.); ТОХО – IgM (полож.), IgG – 160 МЕ/мл.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение и план диспансеризации.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Клинический диагноз: моноартрит правого коленного сустава, приобретенный, токсоплазмоз, подострое течение. При отсутствии травм большинство артритов у детей и подростков — инфекционного генеза. Проводится обследование на глистно-паразитарные инвазии и выявление возбудителей из группы микоплазм и хламидий, герпесвирусных и бактериальных инфекций; псевдотуберкулез; лайм-боррелиоз. Моноартрит в сочетании с микрополиаденитом, гепатолиенальным синдромом, увеличение лимфатических узлов в воротах печени позволяет предполагать наличие специфического процесса: туберкулеза, псевдотуберкулеза или токсоплазмоза. Герпесвирусные заболевания находятся в стадии хронической неактивной инфекции.*
2. *Обнаружение IgM к токсоплазмозу позволяет провести противопаразитарное лечение. Диспансеризация как при реактивном артрите*

5. Ребенку 6 лет, с трех лет посещает дошкольное учреждение. Родители обратились к иммунологу с жалобами на продолжительный навязчивый коклюшеподобный кашель в течение 6 месяцев, без температурной реакции, чаще после утреннего сна, после пробежки или игры. Мальчик в течение года несколько раз болел ОРВИ. После осмотра выявлено: состояние не тяжелое, кожа чистая, миндалины увеличены до 2 ст., увеличены заднешейные, подчелюстные, затылочные лимфоузлы до 1,0 см в диаметре, безболезненные, эластичные. В легких — везикулярное дыхание, сердце — тоны ясные, выслушивается систолический шум, живот безболезненный, доступен пальпации, печень выступает на 2,5 см, селезенка пальпируется краем, физиологические отправления в норме. Общий анализ мочи: цвет — светлый, белок — отр., относительная плотность мочи —

1018, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з. Общий анализ крови: Нв — 117 г/л, лейкоциты —  $8,6 \times 10^9$  /л, цв. п — 0,85, э — 10%, п/я — 1%, с/я — 30%, л — 53%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/час. Рентгенологически усилен сосудистый рисунок в прикорневой зоне, тень сердца без патологии, синусы свободные. Копрограмма: неперевариваемая клетчатка +; мышечные волокна +; лейкоциты — единичные в п/з, яйца глистов не обнаружены. ИФА-метод: антитела: лямблии –IgG (отр.); токсокары – IgG (отр.); аскариды – IgG – 1/800; ТОХО – IgM (отр.), IgG (отр.); UREA–IgG (отр.).

1. Поставьте диагноз. Какие этиологические факторы риска вызвали респираторный синдром?
2. Назначьте лечение.
3. Имеется ли риск формирования бронхиальной астмы.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Мальчик относится к группе часто болеющих детей. Под «маской» ОРВИ отмечаются проявления респираторного хламидиоза, маркёры которого свидетельствуют о том, что заболевание имеет хроническое течение с клиникой коклюшеподобного кашля. У больного имеет место увеличение паренхиматозных органов и группы лимфоузлов, гипертрофия миндалин. Герпесвирусные инфекции при обследовании исключены. Маркёры аскаридоза в титре 1/800 указывают на суперинфицирование паразитозом из группы круглых червей. В дебюте личинки аскарид проходят бронхолегочную стадию, формируя бронхообструктивный синдром.
2. Лечение направлено на санацию от аскарид и хламидий, проводится симптоматическая терапия.
3. Риск формирования бронхиальной астмы следует определить после проведения противопаразитарной терапии.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

#### **Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Перед началом занятий в спортивной секции обязательным является проведение:
  - 1) ЭхоКГ
  - 2) ФКГ
  - 3) ЭКГ (+)
  - 4) рентгенографии
  - 5) реографии
2. Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно:
  - 1) Эхо-КГ (+)
  - 2) рентгенограмма
  - 3) радиоизотопное исследование
  - 4) ЭКГ
  - 5) ФКГ + рентгенограмма
3. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) составляет:
  - 1) 0,14 с

- 2) 0,10 с (+)
- 3) 0,18 с
- 4) 0,20 с
- 5) 0,22 с

4. Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано:

- 1) гиперкалиемией (+)
- 2) гипокалиемией
- 3) инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии
- 4) тяжелой аллергической реакцией
- 5) миокардитом

5. Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

- 1) ревматизма
- 2) гипертрофической кардиомиопатии
- 3) пароксизмальной тахикардии (+)
- 4) перикардита
- 5) поствирусного миокардита

6. Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

- 1) ЭКГ
- 2) ультразвуковое исследование (+)
- 3) ФКГ
- 4) рентгенограмма сердца
- 5) реограмма

7. Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является следующий метод исследования:

- 1) ЭКГ
- 2) рентгенография
- 3) векторкардиография
- 4) эхокардиография (+)
- 5) рентгенограмма сердца

8. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно:

- 1) высокое СОЭ
- 2) рентгенологические данные (+)
- 3) определение иммуноглобулинов
- 4) утолщение костальной плевры
- 5) определение ревматоидного фактора

9. К прямым антикоагулянтам относится:

- 1) фенилин
- 2) дипиридамол

- 3) гепарин (+)
- 4) дикумарин
- 5) тиклид

10. К непрямым антикоагулянтам относятся:

- 1) дипиридамол
- 2) гепарин
- 3) аспирин
- 4) фенилин (+)
- 5) тиклид

11. Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается:

- 1) при постстрептококковом гломерулонефрите
- 2) на фоне глюкокортикоидной терапии
- 3) при иммуносупрессивной терапии
- 4) при поддерживающем, прерывистом курсе преднизолона (+)
- 5) при наличии хронических очагов инфекции

12. Антибактериальная терапия при гломерулонефрите не включает:

- 1) макролиды
- 2) пенициллин
- 3) нитрофурановые препараты
- 4) гентамицин (+)
- 5) цефалоспорины

13. Снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса:

- 1) гипотиазид (+)
- 2) дибазол
- 3) натрия нитропруссид
- 4) резерпин
- 5) ганглиоблокаторы

14. Ингибитором синтеза ангиотензина-2) является:

- 1) пропранолол
- 2) апрессин
- 3) дибазол
- 4) эналаприл (+)
- 5) верапамил

15. Не обладает антигистаминным действием:

- 1) преднизолон
- 2) тавегил
- 3) метандростенолон (+)
- 4) стугерон
- 5) кетотифен

16. Показанием к назначению глюкокортикоидов является:

- 1) нефротическая форма гломерулонефрита (+)
- 2) гематурическая форма гломерулонефрита
- 3) тубулоинтерстициальный нефрит
- 4) дизметаболическая нефропатия
- 5) тубулопатии

17. К глюкокортикоидным препаратам не относится:

- 1) метандростенолон (+)
- 2) гидрокортизон
- 3) бетаметазон
- 4) триамцинолон
- 5) дексаметазон

18. При почечной недостаточности противопоказано:

- 1) кларитромицин
- 2) лазикс
- 3) оксациллин
- 4) гентамицин (+)
- 5) "защищенные пенициллины"

19. Антикоагулянты не показаны при:

- 1) остром гломерулонефрите
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) геморрагическом васкулите
- 4) болезни Верльгофа (+)
- 5) гиперкоагуляции

20. Дезагрегационным свойством не обладает:

- 1) эуфиллин
- 2) трентал
- 3) курантил
- 4) мезатон (+)
- 5) тиклид

**(ОПК-5)**

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач

## Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

### Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной И., 2 года. Жалобы на подъем температуры до 38,8 °С в течение суток, снижается на фоне приема парацетамола в течение 3-х часов, кашель сухой, снижение аппетита. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ОРВИ. Госпитализирован в стационар, где получил антибактериальную (цефотаксим), противовирусную (арбидол), симптоматическую (капли в нос, ингаляции, жаропонижающие препараты, муколитики) терапию. В течение 2-х недель сохранялся кашель. При осмотре: температура 38,0 °С. Активен. Зев гиперемирован. Носовое дыхание затруднено, выделения слизистого характера. Кашель малопродуктивный, частый. ЧД — 42 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Аускультативно — жесткое дыхание. Выслушиваются сухие свистящие хрипы, мелкопузырчатые хрипы справа в подлопаточной области. Перкуторно — коробочный оттенок легочного звука, справа по задней поверхности притупление. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: эр. — 4,5 x 10<sup>12</sup> /л, Нв — 122 г/л, лейкоц. — 7,2 x 10<sup>9</sup> /л, э — 9%, с — 32%, п — 5%, л — 49%, м — 5%, СОЭ — 18 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейший объем диагностических мероприятий.
3. Назначьте лечение в соответствии с предполагаемым возбудителем.
4. Определите объем реабилитационных и диспансерных мероприятий.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, среднетяжелая форма.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки, анализ крови методом ИФА (определение антител IgM и -G к *St. pneumoniae*).
3. Антибактериальная терапия — макролиды.
4. Диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром, проведение пикфлоуметрии, массаж, ЛФК, физиотерапия, адаптогены, противовоспалительная терапия (фенспирид, торговое название «эреспал»).

2. Больной О., 10 лет, поступил в отделение для уточнения диагноза и коррекции терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать — как оказалось при осмотре, из-за поражения правого коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, имелось ограничение объема движений. Лечился амбулаторно с диагнозом «реактивный артрит правого коленного сустава». В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10–12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Общий анализ крови: эр. — 3,5x10<sup>12</sup> /л, Нв — 100

г/л, лейкоц. —  $10,0 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 4%, с — 44%, л — 47%, м — 3%, тр. —  $425 \times 10^9$  /л, СОЭ — 46 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют. Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямого билирубина — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей межфаланговых, лучезапястных суставов.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. Какая терапия показана больному?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный вариант, активная стадия, рентгенологическая стадия II, функциональная недостаточность 1–2 ст.
2. Обследование: иммунограмма расширенная, С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, HLA-типирование (В-27 антиген), реакция Манту (диаскинтест), АСЛО, ПЦР/ИФА к микоплазменной и хламидийной инфекциям, ЦМВ, вирусам простого герпеса 1, 2, 6 типа; УЗИ суставов, МРТ тазобедренных суставов; ЭКГ, ЭхоКГ; ЭГДС, уреазный тест.
3. Консультации гематолога, детского хирурга, окулиста.
4. С учетом стажа, прогрессирующего течения заболевания с вовлечением суставов осевого скелета показано назначение базисной терапии: метотрексат — 15 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю в/м или п/к; коррекция терапии по результатам лабораторных исследований, санация очагов хронической инфекции при выявлении

3. Мальчик, 11 лет, болен первые сутки. Накануне в школе во время перемены получил удар ногой в живот, появились резкие, схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в спину, ночью многократная рвота, тошнота. Диагноз острого живота был снят хирургами, переведен в гастроэнтерологическое отделение. Ребенок один в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту, прививки сделаны все, аллергоанамнез не отягощен. Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по матери) умерла от опухоли прямой кишки. Осмотр: ребенок беспокойный, лежит с согнутыми ногами. Кожа бледная, серовато-цианотичная. Сердце — тоны звучные, ЧСС — 100 уд./мин, АД — 95/60 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный вокруг пупка, в точках Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Печень безболезненная, не увеличена. Общий анализ крови: эр. —  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 125 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. —  $9,8 \times 10^9$  /л, э — 3%, п/я — 5%, с/я — 63%, л — 21%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1023, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет, соли — немного, оксалаты. Амилаза мочи: 256 ед. (норма 32–64). УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь грушевидной формы 53х22 мм, перегиб средней трети тела, содержимое его гомогенное. Желудок — гомогенное содержимое, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка — 29 мм (норма — 18), тело — 21 мм (норма — 15), хвост — 28 мм (норма — 19), эхогенность снижена.

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснование диагноза.
3. Какие причины привели к развитию болезни?
4. План лечения данного ребенка.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Острый панкреатит, посттравматический.*

*2. Клинические симптомы: боли в животе, многократная рвота, тошнота. Клиническая картина острого живота после осмотра хирурга; повышенный уровень амилазы мочи, отечная поджелудочная железа; увеличены головка, тело, хвост, снижена эхогенность железы.*

*3. Удар ногой в живот.*

*4. План лечения: госпитализация в гастроэнтерологическое отделение. Первые 2–3 дня — полное голодание. Парентеральное введение жидкости, аминокислот. Спазмолитические препараты (папаверин, платифиллин), анальгетики (баралгин). Ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал — 5–10 тысяч 2–3 раза в день ежедневно или через день). Сандостатин — с учетом состояния больного 25,50,100 мкг 2–3 раза в/в или п/к в течение 5–7 дней. Показаны панкреатические ферменты. Кормление назначают постепенно и осторожно (стол 5П). Диетическое питание до 5–6 месяцев.*

4. Мальчику 11 лет. Наблюдается в кардиоревматологическом центре два года с диагнозом реактивный артрит, получает противовоспалительную терапию: сульфасалазин, ортофен, аппликации с ДМСО. Рецидивы артрита три раза в год. Неоднократно обследовался на инфекции и паразитарные инвазии методом ИФА: антитела: лямблии – IgG (отр.); токсокары – IgG (отр.); аскариды – IgG (отр.); описторхисы – IgG (отр.); мусопlasma – IgG (отр.); Chl. pn. – IgM (отр.), IgG – 1/40; CMV – IgM (отр.), IgG (отр.); HSV – IgM (отр.), IgG (отр.); EBVCSA – IgM (отр.), EA (отр.), NA (отр.); TOXO – IgM (отр.), IgG (отр.); UREA – IgG (отр.); РПГА к возбудителю псевдо- турбекулуза (отр.) В настоящее время отмечается очередное обострение артрита. При осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, не деформирован, движения в полном объеме, сустав нормальной температуры. Остальные суставы не воспалены. Проведено повторное обследование, методом ИФА выявлены антитела к Chl. pn. IgG 1/160.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите терапевтическую тактику.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Клинический диагноз: моноартрит правого коленного сустава, рецидивирующее течение, период обострения. Хронический хламидиоз, обострение. Титр IgG к респираторному хламидиозу вырос в четыре раза.*

*2. Лечебная тактика направлена на подавление реактивированной инфекции: хламидиоз лечат три недели антибиотиками из группы макролидов, применяют традиционную противовоспалительную терапию, а хроническое рецидивирующее течение заболевания купируют коррекцией иммунного статуса больного индукторами интерферона и назначением биопрепаратов. В дальнейшем составляют план диспансерного наблюдения, разрабатывают индивидуальный календарь прививок, проводят мониторинг за уровнем антител к Chl. pneumoniae.*

5. Девочке 12 лет. Заболела остро в октябре, отмечала слабость, тошноту, боль в правом подреберье, на третий день была однократная рвота и появилась темная окраска мочи. На 4-й день появилась желтушность склер, а в конце дня — иктеричность кожи. Госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «гепатит». При осмотре состояние средней тяжести, кожа чистая, желтушная, с зудом, склеры иктеричные, лимфатические узлы в норме, по органам — без патологии, печень +2,5+3,0 см, плотная, селезенка не увеличена. Моча темно-коричневая, стул осветлен. С третьего дня болезни периодически наблюдается сыпь типа «крапивницы». Результаты обследования на пятый день болезни: Общий анализ мочи: цвет — темно-коричневый, белок — отр., относительная плотность мочи — 1020, лейкоциты — 0–2 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з. Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, лейкоциты —  $4,2 \times 10^9$  /л, э — 12%, п/я — 1%, с/я — 41%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/час. Копрограмма: цвет — светло-желтый, неперевариваемая клетчатка — ++, крахмал — +, мыла — +++, желчные кислоты — +++, мышечные волокна — +, лейкоциты — 0–2 в п/з, яйца глистов не обнаружены. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 167,8 мкмоль/л, прямой билирубин — 97,5 мкмоль/л, непрямой билирубин — 70,3 мкмоль/л, АСТ — 274,6 Ед/л, АЛТ — 368,0 Ед/л, тимоловая проба — 8,6 ед., холестерин — 7,2 ммоль/л (норма — 6,01 ммоль/л), 3-липпротеиды — 47 ммоль (норма — 32 ммоль), ЩФ — 630,0 ед/л (норма — 350 ед/л). ИФА-метод: антитела: описторхисы (отр.); аHAV – IgM (полож.), IgG – 1/800; аHCV (отр.); HbsAg (отр.), HbeAg (отр.), аHВcor – IgM (отр.), IgG (отр.), аHBe(отр.), аHVs (полож.); лямблии (отр.); токсокары (отр.); аскариды - 1/400.

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его, дайте трактовку маркеров ИФА.

2. Найдите маркеры холестаза и объясните механизм его формирования. Назначьте адекватную этиопатогенетическую терапию.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Вирусный гепатит А, типичный, тяжелая форма с холестатическим компонентом. Аскаридоз. Аллергическая крапивница. Клинико-лабораторными синдромами острого гепатита являются синдромы токсикоза, желтухи, цитолиза, мезенхимального воспаления.

2. Маркёрами холестаза являются повышенные показатели ЩФ, ГГТП, холестерина и  $\beta$ -липпротеидов, зуд кожи, ахоличный стул. Аллергическая крапивница может быть маркёром дебюта гепатита В, но при ИФА-исследовании выявлены IgM к вирусу гепатита А и прививочные антитела аHVs к гепатиту В. Обнаружение антител к аскаридозу объясняет причину аллергической реакции. При холестазах эффективно применение препарата урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан) на 4–6 недель, аллергическую крапивницу купируют введением антигистаминных препаратов и преднизолона струйно в/в из расчета 1 мг/кг.

## Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. К факторам неспецифической защиты не относятся:

- 1) фагоцитоз
- 2) лизоцим
- 3) интерферон

- 4) лимфоциты (+)
- 5) комплемент.

2. К факторам специфической защиты относятся:

- 1) система комплемента
- 2) простагландины
- 3) антитела (+)
- 4) С-реактивный белок
- 5) фактор некроза опухолей.

3. К иммунодефицитным состояниям относятся:

- 1) синдром Альпорта
- 2) синдром Луи-Бар (атаксия - телеангиоэктазия) (+)
- 3) синдром Морфана
- 4) синдром де Тони-Дебре-Фанкони
- 5) синдром Элерса-Данлоса.

4. На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает:

- 1) количество лейкоцитов  $15000 \times 10^9/\text{л}$
- 2) увеличение Jg M (+)
- 3) количество лимфоцитов 50%
- 4) снижение Jg G
- 5) количество нейтрофилов  $7000 \times 10^9/\text{л}$ .

5. В адаптационной реакции организма в большей степени участвуют:

- 1) вегетативная нервная система
- 2) гипофиз
- 3) половые железы
- 4) надпочечники (+)
- 5) щитовидная железа.

6. Кора надпочечников не выделяет:

- 1) норадреналин (+)
- 2) гидрокортизон
- 3) андрогены
- 4) альдостерон
- 5) кортизон.

7. Для первой фазы воспаления не характерны:

- 1) отек, набухание ткани
- 2) альтерация
- 3) фиброз, склероз, апоптоз (+)
- 4) диапедез
- 5) острая дистрофия клеток.

8. В развитии воспаления меньшее значение имеет:

- 1) гистамин

- 2) гепарин
- 3) серотонин
- 4) простагландины
- 5) ренин. (+)

9. Псевдоаллергическая реакция реализуется за счет перечисленных факторов, кроме одного:

- 1) атопических антител (+)
- 2) субстанции Р
- 3) анафилатоксинов С5а, С3а
- 4) лекарственных препаратов
- 5) физических факторов.

10. Для диагноза аллергической реакции 1-го типа наибольшее значение имеют показатели:

- 1) эозинофилия крови
- 2) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов
- 3) повышенное количество гистамина в моче
- 4) высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови (+)
- 5) высокий уровень Т-супрессоров.

11. Для псевдоаллергической реакции наиболее характерны показатели:

- 1) высокий уровень JgE
- 2) местная эозинофилия
- 3) положительная кожная проба с "виновным" антигеном
- 4) прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества (+)
- 5) усиление реакции при повторных контактах с антигеном.

12. Наиболее частой клинической формой пищевой аллергии у детей раннего возраста является:

- 1) атопический дерматит (+)
- 2) бронхообструктивный синдром
- 3) нефротический синдром
- 4) гастроинтестинальный синдром
- 5) крапивница и отек Квинке.

13. Наиболее часто вызывающую пищевую аллергию:

- 1) черника
- 2) клубника (+)
- 3) смородина
- 4) крыжовник
- 5) ежевика.

14. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи:

- 1) кабачки
- 2) огурцы
- 3) капуста цветная

- 4) морковь
- 5) томаты (+)

15. Фрукты, наиболее часто вызывающие пищевую аллергию:

- 1) яблоки зеленого цвета
- 2) груши зеленого цвета
- 3) чернослив
- 4) персики
- 5) апельсины. (+)

16. Редко вызывает пищевую аллергию мука:

- 1) гречневая
- 2) рисовая
- 3) овсяная
- 4) манная
- 5) соевая. (+)

17. Базисным в лечении пищевой аллергии можно считать:

- 1) эуфиллин
- 2) налкром (+)
- 3) стугерон
- 4) супрастин
- 5) тавегил.

18. Введение прикорма ребенку с пищевой аллергией рекомендуется в возрасте:

- 1) 10 месяцев
- 2) 6 месяцев (+)
- 3) 2-х месяцев
- 4) 4-х месяцев.

19. Наиболее длительный и стабильный эффект лечения пищевой аллергии получен от применения:

- 1) мембраностабилизирующих препаратов
- 2) элиминационной диеты
- 3) специфической гипосенсибилизации (+)
- 4) энтеросорбентов
- 5) антигистаминных 2 поколения.

20. Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить:

- 1) адаптированными смесями на основе коровьего молока
- 2) соевыми смесями
- 3) смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
- 4) кисломолочными смесями
- 5) высоко гидролизованными смесями. (+)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Ребенок М, 3 года. В приемном покое — жалобы на повышение температуры до 39,8 °С в течение суток, кашель сухой, частый, снижение аппетита, вялость. Затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза: ребенок неорганизованный, предшествующих заболеваний не было. В течение года болел ОРВИ 2 раза. 5 дней назад контактировал с больным ребенком. При осмотре — температура 39,0 °С. Вялый. Зев гиперемирован. Носовое дыхание затруднено. Кожа бледная. Кашель частый, по типу «stakatto». ЧД — 48 в 1 мин. Выдох затруднен, удлинен. Одышка экспираторного характера. Аускультативно — жесткое дыхание. В нижних отделах слева крепитирующие хрипы в подлопаточной области. Перкуторно — коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: эр. — 4,0 x 10<sup>12</sup> /л, Нв — 118 г/л, лейкоц. — 5.2 x 10<sup>9</sup> /л, э — 11%, с — 25%, п — 3%, л — 51%, м — 10%, СОЭ — 25 мм/ч.

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте эмпирически антибактериальную терапию.
3. План реабилитационных мероприятий.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная пневмония (предположительно микоплазменной этиологии) слева, среднетяжелая форма.
2. Антибактериальная терапия — макролиды.
3. Диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром, проведение пикфлоуметрии, массаж, ЛФК, физиотерапия, адаптогены, противовоспалительная терапия (фенспирид, торговое название «эреспал»).

2. Больная Р., 6 лет, поступает в стационар в неотложном порядке с жалобами на боли, нарушение движений, припухлость левого коленного и голеностопного суставов. Из анамнеза известно, что 2 недели назад ребенок перенес острую респираторную инфекцию, протекавшую с конъюнктивитом. Сегодня утром не смогла встать на левую ногу. При осмотре в стационаре состояние девочки средней тяжести. Ребенок шадит левую ногу, хромота. Кожа физиологической окраски, катаральных явлений нет. Отмечается умеренное увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов. В легких дыхание везикулярное, хрипов

нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, ЧСС 92 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме, болезненность и значительное ограничение движений в левом коленном и голеностопном суставах. Общий анализ крови: Нв — 118 г/л, лейкоц. —  $10,0 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 4%, с — 42%, л — 49%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют. 76 Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

1. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
2. Какие еще обследования следует провести больной?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какая терапия показана?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Реактивный артрит, т.к. у ребенка в наличии: предшествующая респираторная инфекция с конъюнктивитом (вероятно хламидийная), асимметричный олигоартрит нижних конечностей, повышение СОЭ (неспецифический показатель воспаления)

2. Для дифференциальной диагностики с другими артритами и невоспалительными поражениями суставов: иммунограмма расширенная, ревматоидный фактор, С-реактивный протеин, АСЛО, антинуклеарный фактор, HLA-типирование (В-27 антиген), реакция Манту (диаскинтест), ПЦР/ИФА к хламидийной и микоплазменной инфекциям, ЦМВ, вирусам простого герпеса 1, 2, 6 типа, бактериологическое исследование кала на кишечную группу, методом РПГА — на иерсиниоз и псевдотуберкулез; УЗИ суставов, рентгенологическое исследование суставов, ЭКГ, ЭхоКГ.

3. Дифференциальный диагноз с травматическим поражением суставов, остеомиелитом, остеохондропатиями, постинфекционным артритом другой (не хламидийной) этиологии, туберкулезным артритом, ювенильным идиопатическим олигоартритом.

4. Этиотропная терапия при выявлении инфекционного фактора (при хламидийной инфекции — антибиотикотерапия макролидами). Симптоматическое лечение: нестероидные противовоспалительные препараты — ортофен 3 мг/кг/сут. в 2–3 приема, 3–4 нед. Местное лечение — НПВП гель, мазь; примочки с димексидом в разведении 1:4.

3. Девочка, 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2-х лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10–15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери — хронический гастрит; у отца — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) — гастрит. Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии. Общий анализ крови: эр. —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. —  $6,0 \times 10^9$  /л, э — 0%, п/я — 2%, с/я — 62%, л — 29%, м — 7%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачная, относительная плотность

мочи — 1020, белок — нет, сахар — нет, эп. Клетки — небольшое количество, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая оболочка желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая оболочка луковицы очагово гиперемирована, отечна. УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка — 18 мм (норма — 18), тело — 16 мм (норма — 14), хвост — 20 мм (норма — 14), паренхима гомогенная. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (+++). ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
3. Современные принципы лечения данного заболевания.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Клинический диагноз: хронический гастродуоденит, ассоциированный с НР в стадии обострения. Реактивный панкреатит.*

*2. Основной путь передачи инфекции — орально-фекальный.*

*3. Показана госпитализация с целью назначения лечебного стола и проведения эрадикационной терапии (квадротерапия: де-нол 120 мг x 4 раза, последний раз на ночь; антибиотик — амоксициллин 50 мг/кг или кларитромицин 0,25 г 2 раза в день; трихопол — по 0,25 мг 2–4 раза в день; омез — 10 мг 2 раза в день. Дополнительно — мотилиум 3 раза в день и препараты пробиотики (линекс, бифиформ и др.). Курс лечения 10–14 дней.*

4. Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет. Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) — бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции. Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина — 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди — 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание — повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД — 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС — 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита. Анализ крови: RBC — 4,6x10<sup>12</sup>/л, HGB — 118 г/л, MCV — 81 фл., MCH — 29 пг., MCHC — 32 г/дл, RDW — 10%. WBC

– 10,8x10<sup>9</sup>/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON– 10%, EO– 4%, СОЭ – 8 мм/час. Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр. Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Дайте рекомендации.
4. Составьте план наблюдения этого ребенка.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощенности, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощенности. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, легкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту.*

*2. Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приемом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов.*

*Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии.*

*3. Рекомендации:*

- режим 5;
- кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребенка;
- регулярное закаливание ребенка;
- регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5),
- д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день;
- прогулки ежедневные.

*4. План наблюдения на год:*

- ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов;
- при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока;
- профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет;
- профилактика ОРВИ.

5. Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Осмотр: состояние среднетяжелое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и

глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – 4,5x10<sup>12</sup>/л, Hgb – 128 г/л, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 г/л, WBC – 6,9x10<sup>9</sup>/л, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – 250x10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л. ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной диагноз: «хронический антральный гастрит, период обострения». Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A). Перегиб желчного пузыря в области тела, дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типам. Основной диагноз поставлен с учетом данных семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца, что может указывать на возможную персистенцию хеликобактерной инфекции в семье), жалоб ребенка на боли в животе, имеющих характерный для гастрита болевой синдром, локализацию болей – пилорoduоденальная область, наличие небольшого мышечного дефанса и (+) симптома Менделя, что свидетельствует о глубоком локальном поражении слизистой оболочки. Хронический антральный гастрит – на основании наличия болевого синдрома, данных ФЭГДС. Учитывая наличие на ФЭГДС множественных разнокалиберных выбуханий требуется исключение хеликобактерной инфекции. Недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A) – по данным ФЭГДС. Перегиб желчного пузыря в области тела по данным УЗИ.

2. Перегиб в области дна и увеличение размеров желчного пузыря, что указывает на снижение его сократительной способности наряду с увеличением размеров и изменением экоструктуры головки и хвоста поджелудочной железы. Метод УЗИ эффективен для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

3. В общем анализе крови и мочи – отклонений нет, в биохимии крови – верхние границы нормы щелочной фосфатазы и билирубина.

4. В условиях поликлиники режим охранительный, стол с учетом принципов химического, термического и механического щажения. Показаны антацидные препараты и прокинетики.

## Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Для острого аппендицита не характерно:

- 1) "расхождение" частоты пульса и температуры (температура 37,6°C, пульс - 130 в минуту)
- 2) головная боль (+)
- 3) температура в первые часы болезни невысокая, повышается по мере прогрессирования болезни
- 4) напряжение мышц и боль в правой подвздошной области отчетливо выявляется во время сна
- 5) рвота

2. У ребенка 3-х лет 6 часов назад возникли острые, приступообразные боли в животе Стул был кашицеобразный с кровью 1 раз, рвота 1 раз, температура 36,8° С В первую очередь необходимо исключить:

- 1) кишечную инфекцию
- 2) инвагинацию (+)
- 3) острый аппендицит
- 4) аденовирусную инфекцию
- 5) кишечное кровотечение

3. Инвагинация чаще встречается в возрасте:

- 1) до 2-х лет (+)
- 2) у новорожденных
- 3) в школьном возрасте
- 4) у подростков
- 5) до 7 лет

4. Симптом пальпируемой опухоли в животе у новорожденного ребенка редко обусловлен:

- 1) опухолью Вильмса
- 2) гидронефрозом
- 3) поликистозом почек
- 4) тромбозом почечной вены (+)
- 5) инфравезикальной обструкцией

5. Для остеомиелита не характерно:

- 1) выраженная интоксикация
- 2) нормальная температура (+)
- 3) сильные ночные боли в пораженной конечности
- 4) значительный отек над местом поражения
- 5) лейкоцитоз

6. Мальчику 6-ти лет, госпитализированного с сильными приступообразными болями в животе (моча красного цвета) необходимо, прежде, всего, сделать:

- 1) анализ крови клинический

- 2) обзорный рентгеновский снимок брюшной полости (+)
- 3) коагулограмму
- 4) цистографию
- 5) реносцинтиграфию

7. Лечить косолапость необходимо обязательно с возраста:

- 1) 6-ти месяцев
- 2) 1 года
- 3) первых дней жизни (+)
- 4) 3-х лет
- 5) 5 лет

8. При остеомиелите рентгенологические изменения выявляются:

- 1) с первого дня болезни
- 2) после 12- 14 дня болезни (+)
- 3) к концу недели заболевания
- 4) со 2-3 дня
- 5) к концу месяца

9. Этот симптом требует немедленной госпитализации ребенка в хирургический стационар:

- 1) повторная рвота
- 2) жидкий стул повторно
- 3) напряжение мышц живота (+)
- 4) температура 38°C
- 5) обморок

10. Ребенок 6-ти лет поступил с диагнозом "кишечная инфекция": второй день болит живот, температура 38°C, 2 раза рвота, 3 раза жидкий стул. Для дежурного педиатра наибольшее диагностическое значение имеет исследование:

- 1) клинический анализ крови
- 2) биохимический анализ крови
- 3) пальпация живота во время сна ребенка для выявления боли напряжения мышц (+)
- 4) обзорный рентгеновский снимок живота
- 5) анализ мочи по Нечипоренко

11. Этот препарат может давать осложнения со стороны глаз и требует регулярного наблюдения окулиста при его применении:

- 1) тавегил
- 2) делагил (+)
- 3) новокаинамид
- 4) анаприлин
- 5) каптоприл

12. Педиатру при микрофтальме у ребенка 1 года необходимо осуществить все перечисленное, за исключением:

- 1) консультации невропатолога
- 2) самостоятельного наблюдения за ребенком до 3-х лет (+)

- 3) консультации окулиста
- 4) исследования на токсоплазмоз
- 5) R-графия черепа

13. У ребенка с наследственным нефритом может наблюдаться:

- 1) катаракта
- 2) миопия
- 3) астигматизм
- 4) все перечисленное (+)
- 5) нарушение слуха

14. Сочетание патологии глаз и сердечных изменений чаще бывает при:

- 1) наследственном нефрите
- 2) синдроме Луи- Бар
- 3) синдроме Марфана (+)
- 4) всех перечисленных состояниях
- 5) болезни Вильсона-Коновалова

15. При длительном применении может вызвать образование катаракты:

- 1) дигоксин
- 2) преднизолон (+)
- 3) фенобарбитал
- 4) теоникол
- 5) антагонисты АПФ

16. Конъюнктивит может наблюдаться при:

- 1) системной красной волчанке
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) кори
- 4) иерсиниозе
- 5) всех перечисленных состояниях (+)

17. Сочетание патологии глаз и гематурии характерно для:

- 1) синдрома Элерса-Данлоса
- 2) наследственного нефрита (+)
- 3) синдрома Вольфа- Паркинсона- Уайта
- 4) синдрома Марфана
- 5) болезни Пертеса

18. Конъюнктивит нередко наблюдается при всех следующих заболеваниях, за исключением:

- 1) системной красной волчанки
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) синдрома Рейтера
- 4) иерсиниоза
- 5) ревматизма (+)

19. Препаратом, длительное применение которого может вызвать образование катаракты является:

- 1) целанид
- 2) стугерон
- 3) метипред (+)
- 4) ибупрофен
- 5) престариум

20. Внутриутробная инфекция, которая часто вызывает поражения глаз:

- 1) краснуха
- 2) токсоплазмоз
- 3) цитомегалия
- 4) все перечисленное (+)
- 5) герпес

**(ПК-1)**

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больная У., 10 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, вялость, повышение температуры в вечернее время до 38,5 °С, кашель частый с отделением небольшого количества мокроты. Болеет 2 недели, когда впервые возникли боли в горле, слизистые выделения из носа, по вечерам в течение двух дней температура 37,5 °С. К врачу не обращалась, принимала парацетамол, лазолван, орошение зева ингалиптом, капли в нос. Состояние улучшилось, боли в горле исчезли, сохранялась умеренная общая слабость. Ухудшение наступило 3 дня назад, когда вечером повысилась температура до 38,5 °С, резко усилилась слабость, появился кашель с отделением небольшого количества желтовато-белой мокроты, после приема парацетамола температура снижалась до 37,7 °С в течение непродолжительного времени. Объективно: состояние средней тяжести. Вялая. Аппетит снижен. Зев гиперемирован. Боль в горле. Слизистые выделения из носа. Кожа бледная. В легких дыхание жесткое. Перкуторно — притупление легочного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно — ослабление дыхания в подлопаточной области справа. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: эр. — 4,1 x 10<sup>12</sup> /л, Нв — 118 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц. — 6,9 x 10<sup>9</sup> /л, б — 0%, э — 2%, п —

2%, с — 56%, л — 35%, м — 5%, СОЭ — 37 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, цвет — соломенно-жёлтый, реакция кислая, белка нет, сахар не обнаружен, лейкоциты — 2–4 в п/з, эритроциты — 0 в п/з, кристаллы — нет. ЭКГ: ритм синусовый, 93 уд. в 1 мин. Диффузные дистрофические изменения в миокарде. Рентгенография грудной клетки: очаг инфильтрации в S V справа. Синусы свободны.

1. Сформулировать диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. План дополнительного обследования.
4. Принципы лечения.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная пневмония (*H. Influnzae*), правосторонняя среднедолевая (S-5), среднетяжелая форма.
2. Начало заболевания острое, с выраженными катаральными явлениями, гипертермия, пневмонический токсикоз, кашель сухой, со скудной желтовато-белой мокротой, умеренные воспалительные изменения общего анализа крови, увеличенная СОЭ.
3. Посев мокроты, повторная ЭКГ.
4. Антибактериальная терапия —  $\beta$ -лактамы антибактериальные препараты, ингаляции муколитиков, инфузионная терапия.

2. Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10–20 мин., а также эпизоды головной боли, возникающие в вечернее время с частотой 2–3 раза в месяц. Иногда приступ головной боли сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с одноклассниками и учителями. Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей с гестозом. Продолжительность родов — 2 часа, закричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца — язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь. При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожа чистая, с склонностью к покраснению, отмечается «мраморность» конечностей, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются подчелюстные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: эр. —  $4,0 \times 10^{12}$  /л, Нв — 120 г/л, лейкоц. —  $7,8 \times 10^9$  /л, э — 1%, п/я — 4%, с — 68%, л — 25%, м — 2%, СОЭ — 5 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1025, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют. Биохимический анализ крови: СРБ — 2 мг/л, АСЛО — 200

МЕ/ мл, глюкоза — 4,5 ммоль/л, АЛТ — 30 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л. ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 уд./мин., электрическая ось сердца не отклонена. Синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя учащение ЧСС до 96 уд./мин. ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы данному пациенту?
4. Наметьте план лечения

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, перманентное течение на фоне хронического тонзиллита. Мигренозные пароксизмы? В пользу диагноза: анамнестические данные — отягощенный перинатальный анамнез (гестоз, стремительные роды, вероятно ППЦНС), отягощенный генеалогический анамнез по нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и гипертонической болезни (ГБ) по материнской линии, наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит); предрасполагающие факторы — пубертатный период, стресс (развод родителей); жалобы — плохая переносимость транспорта, душных помещений; клинические данные — склонность к покраснению кожи, «мраморность» конечностей, цианоз кистей при опущенных руках, угревая сыпь, выраженный гипергидроз, повышенная масса тела, брадикардия в положении лежа.

2. ЭКГ с функциональными пробами (лежа, в ортостазе, после физической нагрузки), КИГ, ЭхоКГ (если ранее не проводилось). Бактериологическое исследование мазка из зева с определением чувствительности к антибиотикам.

3. Консультации невролога, отоларинголога (санация хронического тонзиллита), психолога.

4. Режим дня, ограничение просмотра телевизора, работы за компьютером, достаточная двигательная активность (ходьба, бег, плавание, коньки, лыжи, велосипед, туризм); ограничение высококалорийных продуктов в рационе питания, регулярное 273 употребление фруктов, овощей; контрастный душ в первую половину дня, массаж туловища, конечностей, электросон с частотой до 100 Гц; в течение 3-х недель утром и днем — растительный адаптоген (настойка элеутерококка: 12 капель растворить в воде, принимать до еды), на ночь — персен форте 1 капс. Коррекция назначений после консультации специалистов.

3. Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 4 лет. Известно, что 2 недели назад мальчик перенес острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребенка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что ребенок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребенок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенес острую респираторную инфекцию, дважды осложненную бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение амоксицилина 1,5 месяца назад. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 39,0°C. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, небные миндалины

гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. В легких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны. От госпитализации родители ребенка отказались.

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать?
3. Организуйте лечение ребенка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому.
4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий.
5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Внебольничная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, ДН I? Предполагаемый диагноз выставлен на основании характерных клинических данных: жалоб на повышение температуры тела до 39° С, появление сухого, навязчивого кашля, головной боли, боли в мышцах, отсутствие аппетита; данных анамнеза: за последние 6 месяцев посещения детского сада часто болеет острыми респираторными инфекциями (1 раз в месяц), из них дважды бронхит. В лечении применялись антибиотики; данных общего осмотра: фебрильная лихорадка, сероватый колорит кожного покрова с умеренным периоральным цианозом, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, тахипноэ с ЧД – 36 в минуту; физикальных данных: укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки, выслушивание при аускультации резко ослабленного дыхания справа в подлопаточной области и крепитирующих хрипов.*

*2. Необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости в прямой и боковой проекции, а также лабораторное исследование - общий анализ крови. Следует ожидать наличие участков затемнения в проекции пораженных участков правого легкого на рентгенограмме органов грудной полости. В общем анализе крови следует ожидать ускорение СОЭ, наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, возможно снижение уровня гемоглобина.*

*3. Необходимо зафиксировать данные ребенка в журнале приема больных и отказов в госпитализации (форма 001-у) детской поликлиники; заполнить медицинскую карту стационарного больного (форма 003-у); лист врачебных назначений. Медицинская сестра педиатрического участка получает медикаменты у главной медицинской сестры согласно листу врачебных назначений и выдает их под расписку родителям ребенка, выполняет назначения врача-педиатра. Врач-педиатр ежедневно проводит осмотр пациента на дому до выздоровления. Затем оформляется статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у) и листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма 007-у).*

*4. Постельный режим на период фебрильной лихорадки и выраженной интоксикации. Далее домашний режим по возрастной схеме до выздоровления. Питьевой режим –*

*обильное теплое питье. Диета возрастная. Жаропонижающий препарат при повышении температуры тела выше 38,5° С. Возможно назначение Парацетамола в форме таблеток или суппозиториев. В качестве альтернативного жаропонижающего средства возможно назначение Ибупрофена.*

*5. Этиотропное антибактериальное лечение: учитывая характеристики возбудителя внебольничной неосложненной пневмонии, следует назначить препарат из группы  $\beta$  лактамов Амоксициллин, также необходимо учесть данные анамнеза ребенка – использование ранее в лечении ОРВИ антибиотиков, и назначить защищенную форму Амоксициллина.*

4. Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический прием к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тертое яблоко, кефир, цельное молоко. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}$  /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчет дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.*

*2. Диагноз «железодефицитная анемия легкой степени тяжести» поставлен на основании данных анамнеза (беременность на фоне анемии, гестоза), раннего искусственного вскармливания, использования неадаптированных молочных продуктов, отсутствия в рационе ребенка мясных продуктов, овощей, яичного желтка, творога; данных объективного осмотра (бледность кожных покровов и слизистых оболочек), лабораторных данных (снижения уровня гемоглобина и эритроцитов, МСН, гипохромии, анизоцитоза, пойкилоцитоза). I степень тяжести обусловлена снижением гемоглобина до 95 г/л.*

*3. Определение:*

- концентрации сывороточного железа – СЖ;
- общей железосвязывающей способности сыворотки – ОЖСС;

- коэффициента насыщения трансферрина железом – НТЖ;
- концентрации сывороточного ферритина – СФ.

4. Мясо, рыбу, творог, овощи, промышленно приготовленные каши, обогащенные железом.  
5. 5 мг/кг в течение не менее 3 мес.

5. Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замерз. Температура тела 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°C, вызвали врача. При объективном обследовании ребенок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребенку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребенка при подтверждении диагноза.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная острая очаговая пневмония нижней доли справа, средней тяжести, неосложненная, ДН 0 степени.

2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

- Началу заболевания предшествовал случай общего переохлаждения организма. Острое начало. Температура тела 38,0 °C и выше в течение 3 дней. Кашель. Локальные симптомы со стороны легких: укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания под углом правой лопатки.
- Признаки дыхательной недостаточности отсутствуют: частота дыхания 28 в минуту (соответствует возрасту с учетом лихорадки), соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания составляет 3,75, нет цианоза, нет проявления затрудненного дыхания (раздувание крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, западение уступчивых мест грудной клетки).
- Нетяжелая пневмония: нет проявлений тяжелой интоксикации (нарушения сознания, отказ от пищи и питья), нет дыхательной недостаточности, нет клинических проявлений осложнений.
- Лекарственный анамнез: непереносимости лекарственных препаратов нет, антибиотиками в последний год не лечился.

3. Организация медицинской помощи в амбулаторных условиях. Показаний для госпитализации по клиническим (возраст ребенка старше 6 месяцев, нетяжелая, неосложненная пневмония, нет признаков дыхательной недостаточности, нет тяжелой сопутствующей патологии), эпидемиологическим и социальным показаниям нет.

4. Рентгенологическое обследование: инфильтративные изменения в легких. В клиническом анализе крови: признаки активной бактериальной инфекции (нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево  $>15 \times 10^9$  клеток/л, ускоренная СОЭ). В биохимическом анализе крови: СРБ  $>60$  мг/л, ПКТ  $>2$  нг/л.

5. Амоксициллин внутрь (отдавать предпочтение диспергируемой лекарственной форме), 40-60 мг/кг/сутки в 3 приема независимо от приема пищи (каждые 8 часов), курс 5-7 дней (отменить через 2-3 дня стойкой нормализации температуры тела).

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует:

- 1) ацидоз
- 2) алкалоз
- 3) гиперкалиемия
- 4) гипопротеинемия
- 5) гиповентиляция (+)

2. Состояние алкалоза характерно для:

- 1) пиелонефрита
- 2) сахарного диабета
- 3) опухоли мозга с рецидивирующей рвотой (+)
- 4) массивной пневмонии
- 5) рахита

3. Из перечисленных синдромов к метаболическому алкалозу приводит:

- 1) профузный понос
- 2) пилоростеноз (+)
- 3) синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы
- 4) синдром врожденного дефицита карбоангидразы
- 5) синдром дыхательной недостаточности

4. Для гипотонической соледефицитной дегидратации характерно:

- 1) полидипсия
- 2) артериальная гипертония
- 3) гиперрефлексия
- 4) брадикардия
- 5) низкие АД и ЦВД (+)

5. Гипертонической воддефицитной дегидратации соответствует:

- 1) выбухающий родничок
- 2) гипотермия
- 3) снижение АД
- 4) сухость слизистых (+)
- 5) гипонатриемия

6. Для синдрома внезапной смерти у детей характерно:

- 1) синдром чаще встречается у детей старше 3 лет
- 2) смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка
- 3) всегда обнаруживают конкретную причину смерти
- 4) всегда имеются клиничко-морфологические признаки незрелости
- 5) семейная предрасположенность к внезапной смерти (+)

7. Ребенок 2 лет Тяжелое состояние, температура 39°C, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния В ликворе 600 клеток, почти все гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита:

- 1) пневмококк
- 2) менингококк (+)
- 3) микобактерия туберкулеза
- 4) вирус кори
- 5) вирусы группы Коксаки

8. При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет:

- 1) общая интоксикация (+)
- 2) дизурические явления
- 3) синдром срыгивания
- 4) субфебрилитет
- 5) болевой синдром

9. Объем мочевого пузыря у новорожденного:

- 1) от 10 до 15 мл
- 2) от 30 до 50 мл (+)
- 3) от 100 до 150 мл
- 4) от 100 до 200 мл
- 5) от 250 до 300 мл

10. В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет:

- 1) пневмококк (+)
- 2) пиогенный стрептококк
- 3) стафилококк
- 4) клебсиелла
- 5) кишечная палочка

11. Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:

- 1) одышка
- 2) ослабленное дыхание
- 3) локальная крепитация (+)
- 4) многочисленные мелкопузырчатые хрипы
- 5) втяжение уступчивых мест грудной клетки

12. Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии:

- 1) хламидийной

- 2) микоплазменной
- 3) пневмоцистной
- 4) пневмококковой (+)
- 5) грибковой

13. Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет вызывают:

- 1) стафилококки
- 2) пневмоцисты
- 3) пневмококки (+)
- 4) грибы
- 5) микоплазмы

14. Пиоторакс чаще развивается при пневмонии:

- 1) пневмококковой
- 2) пневмоцистной
- 3) легионеллезной
- 4) стафилококковой (+)
- 5) вирусной

15. Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки:

- 1) от 3 недель до 4 недель
- 2) от 4 недель до 5 недель
- 3) от 5 недель до 6 недель
- 4) от 6 недель до 8 месяцев (+)
- 5) от 8 месяцев и более

16. Для экссудативного плеврита характерно:

- 1) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
- 2) коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
- 3) усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
- 4) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону (+)
- 5) усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторного звука

17. Внебольничная пневмония у детей в возрасте старше 5 лет реже вызывается:

- 1) микоплазмой
- 2) пневмококком
- 3) клебсиеллой (+)
- 4) гемофильной палочкой
- 5) синегнойной палочкой

18. Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается:

- 1) синегнойной палочкой (+)
- 2) пневмококком
- 3) микоплазмой
- 4) гемофильной палочкой
- 5) стафилококком

19. Причиной экспираторной одышки является:

- 1) фарингит
- 2) ларингит
- 3) бронхиальная обструкция (+)
- 4) трахеит
- 5) ничего из вышеперечисленного

20. Для выявления междолевого выпота показана:

- 1) томография
- 2) боковой снимок (+)
- 3) плевральная пункция
- 4) прямая рентгенограмма
- 5) бронхоскопия

**(ПК-2)**

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больной Ж., 6 лет. Находился в гостях у бабушки. Заболел 22 ноября. Появился кашель и повышение температуры до 38 °С. Обратились в стационар. Жалобы при поступлении на сильный малопродуктивный кашель. Повышение температуры до 38–39 °С. Периодически возникающие боли в грудной клетке слева, чаще при кашле. Находился в стационаре с 25-го по 27 ноября с диагнозом: острый бронхит. Межреберная невралгия? Инфекционный

эндокардит? Железодифицитная анемия легкой степени. Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Одышки в покое нет. Зев ярко гиперемирован. Дыхание жесткое, хрипы сухие и влажные. Общий анализ крови: 25.11: эр. —  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 110 г/л, лейкоц. —  $18,4 \times 10^9$  /л, э — 2%, п — 14%, с — 58%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, белок — 0,066, эпителий плоский 1–2 в п/з, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — 2–3 в 1 п/з. Бак. посев кала: роста нет. Рентгенография грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Проведено лечение: цефазолин — 0,5 в/м 3 раза в день, бифидумбактерин, ингаляции с лазолваном, панадол. Выписан из стационара по просьбе матери с незначительным улучшением. На следующий день мальчик поступает в стационар по месту жительства. Жалобы при поступлении: температура 37,4–37,8 °С, сохраняется кашель, появились боли в грудной клетке слева. При осмотре — состояние средней степени тяжести, ЧД — 35 в 1 мин. Кожа бледная. В легких сухие хрипы рассеянного характера, ослабление дыхания слева. Перкуторно — притупление легочного звука слева. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: эр. —  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Нв — 96 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц. —  $27,3 \times 10^9$  /л, э — 1%, п — 15%, с — 60%, л — 20%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/ч.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Определите тактику дальнейшего обследования.
3. Назначьте лечение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Внебольничная пневмония (неустановленной этиологии), левосторонняя, среднетяжелое течение.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки, посев мокроты.
3. Антибактериальная терапия — защищенные аминопенициллины, ингаляции муколитиков, инфузионная терапия.

2. Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, диффузные, ощущения сердцебиений при волнении, беспокойный сон и раздражительность. Анамнез заболевания: указанные жалобы появились впервые около года назад после переезда и смены школы. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Эпизоды головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, преимущественно после умственной и эмоциональной нагрузки, проходят после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха. Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. На диспансерном учете не состояла. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь. При поступлении состояние больной удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения, рост 172 см. Кожа обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы до 2-й ст., рыхлые. В легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС — 96 в 1 мин., в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена, удовлетворительная. АД

140/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эр. —  $4,6 \times 10^{12}$  /л, Нв — 125 г/л, лейкоц. —  $5,1 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 2%, с — 63%, л — 30%, м — 3%, СОЭ — 8 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1024, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют. Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевина — 4,5 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС — 96 уд./мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести?
3. Консультации каких специалистов необходимы данной больной?
4. Какие факторы способствовали возникновению заболевания?
5. Наметьте план лечения

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Синдром вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу, перманентное течение, лабильная артериальная гипертензия. Хронический тонзиллит.
2. Контроль АД в домашних условиях в течение 14 дней с ведением дневника (утро, вечер), ЭКГ с функциональными пробами (лежа, в ортостазе, после физической нагрузки), КИГ, ЭхоКГ (если ранее не проводилось), УЗИ почек (если ранее не проводилось).
3. Консультации невролога, отоларинголога, психолога.
4. Предрасполагающие факторы: стресс (переезд, смена школы), пубертатный период,отягощенный генеалогический анамнез по нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и гипертонической болезни (ГБ) по материнской линии, хронический очаг инфекции (хронический тонзиллит).
5. Режим дня, ограничение просмотра телевизора, работы за компьютером, достаточная двигательная активность (ходьба, бег, плавание, коньки, лыжи, велосипед, туризм); в рационе питания ограничение высококалорийных продуктов, регулярное употребление продуктов, богатых калием, магнием (изюм, курага, печеный картофель, бананы, кабачки, крупы), ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сут.; ванны с хвойным экстрактом на ночь, электросон с частотой до 10 Гц; седативный сбор на ночь; ситуационно при подъеме АД  $\geq 140/90$  — настойка пустырника: 14 капель пополам с водой внутрь, анаприлин (обзидан) — 1 мг/кг, но не более 40 мг на один прием, внутрь. Коррекция назначений после консультации специалистов.

3. Ребенок 1 год 3 месяца. Мама вызвала врача-педиатра участкового в связи с жалобами на повышение температуры до 38,5°C (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, самочувствие нарушено (капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно на руках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по задней стенке глотки стекает слизь. Втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно над легкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жесткое, сухие свистящие и крупнопузырчатые влажные хрипы, удлинённый выдох. Число дыханий 48-52 в 1 минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные,

ЧСС 128 ударов в 1 минуту. Живот доступен пальпации, печень + 2 см из-под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

1. О поражении какой системы идет речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы?
3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста?
4. Какое дыхание выслушивается над легкими у здорового ребенка данного возраста?
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обуславливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, расстройство дыхания (эспираторная одышка), изменение перкуторных данных, наличие хрипов.
2. Синдром бронхиальной обструкции – одышка эспираторная (удлинённый, затруднённый выдох, втяжение межреберий на вдохе) коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие и крупнопузырчатые влажные хрипы.
3. В формировании синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста ведущими механизмами являются отек слизистой и гиперсекреция.
4. Дыхание пуэрильное – дыхательный шум более громкий и продолжительный в течение обеих фаз дыхания.
5. Короткое расстояние от голосовой щели до места аускультации из-за малых размеров грудной клетки, что приводит к частичному выслушиванию шумов гортани. Узкий просвет бронхов.

4. Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад. Ребенок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менсис нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные. В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития МаЗР2Ах2МеЗ, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Стул оформленный, ежедневно. В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,7, лейкоциты –  $7,6 \times 10^9/л$ , базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?

3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предположительный диагноз: «Анемия железodefицитная, средней степени тяжести».*
2. *Развитию заболевания способствовали: алиментарный фактор (низкий социальный статус семьи, нерегулярное питание); частые респираторные инфекции; нарушения менструального цикла в виде нерегулярных, длительных и обильных месячных.*
3. *Диагноз выставлен на основании типичной клинической картины (жалобы на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение; анамнестические данные: с 12 лет нерегулярные, обильные, продолжительные месячные, несбалансированное питание, снижение иммунологической резистентности, успеваемости в школе, эмоциональные расстройства в виде раздражительности и апатичности; объективные данные: бледность и сухость кожи, тусклость и ломкость волос, исчерченность, слоистость ногтей – эпителиальный синдром, тахикардия, мягкий систолический шум как проявление тканевого дефицита железа) и картины периферической крови (гипохромная анемия, выраженный пойкилоцитоз, анизоцитоз). Степень тяжести анемии на основании выраженности снижения гемоглобина – 80 г/л.*
4. *Полноценное питание, соответствующее возрастным потребностям с обязательным включением в рацион мяса красных сортов, обогащение рациона свежими овощами и фруктами, соками. Назначение препаратов железа (солевые препараты в дозе 120 мг/сутки или препараты гидроксид полимальтозного комплекса в дозе 5 мг/кг/сутки) до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л), затем в половинной дозе еще 2 – 3 месяца для создания депо железа.*
5. *Девочке следует назначить препарат железа III перорально в суточной терапевтической дозе 5-6 мг/ кг массы тела. Продолжительность терапии 4-5 месяцев. Через 4 недели после начала лечения повторный общий анализ крови с ретикулоцитами.*

5. Ребенку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка.
4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Энтеробиоз. В пользу данного диагноза говорят жалобы – снижение аппетита, раздражительность ребенка, беспокойный сон, зуд в области ануса.*
2. *Острицы – класс нематод (круглые черви), самка 9-12 мм и самец, 3-5 мм, живут в нижнем отделе тонкого и в толстом кишечнике. Самка после оплодотворения откладывает яйца на перианальных складках, что сопровождается зудом, созревание яиц*

*происходит на воздухе в течение 6-8 часов. Заражение происходит контактно-бытовым путем, возможно повторное самозаражение (ребенок берет руки в рот).*

*3. Гигиенический уход: ежедневно менять нательное и постельное белье с последующим кипячением и проглаживанием горячим утюгом; подмывать ребенка утром и вечером; мыть руки перед едой и после посещения туалета; коротко стричь ногти; в комнате проводить влажную уборку ежедневно, проветривать.*

*Лечить противоглистными препаратами – Мебендазол (Вермокс), Албендазол (Немозол), Пирантел.*

*4. Анализ кала на яйца глист, соскоб на яйца остриц с перианальных складок.*

*5. Привитие детям навыков гигиены с раннего возраста. Следует коротко остригать ребенку ногти; приучать мыть руки после туалета, перед едой, после прогулки; утром и вечером подмывать ребенка; ежедневно менять нательное белье; запрещать сосать пальцы и грызть ногти. Профилактическому обследованию на энтеробиоз подлежат дети, посещающие дошкольные общеобразовательные учреждения (ДОУ); младшие школьники; пациенты детских стационаров; дети, посещающие плавательные бассейны и другие категории.*

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

- 1) врожденной краснухе
- 2) врожденной цитомегалии
- 3) врожденной герпетической инфекции
- 4) всех перечисленных случаях (+)
- 5) врожденном сифилисе

2. Заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка позволяет:

- 1) одышка
- 2) тремор
- 3) тахикардия
- 4) апноэ (+)
- 5) тахипноэ

3. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют:

- 1) гипоксия
- 2) ацидоз
- 3) гипогликемия
- 4) все перечисленные (+)
- 5) недоношенность

4. Гибель недоношенных детей в раннем неонатальном периоде наиболее часто вызывают:

- 1) родовая травма
- 2) асфиксия и пневмопатии (+)
- 3) инфекции
- 4) врожденные пороки развития

5) сепсис

5. Укажите частое осложнение пневмонии у недоношенных детей:

- 1) абсцедирование
- 2) плеврит
- 3) сердечная недостаточность (+)
- 4) менингит
- 5) сепсис

6. Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО, следует считать:

- 1) микросфероцитоз у ребенка
- 2) обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери (+)
- 3) наличие у матери группы крови О, у ребенка – А(II) или (III)
- 4) положительную прямую пробу Кумбса
- 5) снижение резистентности эритроцитов ребенка

7. У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия Ваш предварительный диагноз:

- 1) сепсис
- 2) гипотиреоз (+)
- 3) АВО-гемолитическая болезнь
- 4) пилоростеноз
- 5) физиологическая желтуха новорожденного

8. Гемолитическую болезнь новорожденного по АВО-системе антигенов наблюдают:

- 1) только у зрелых доношенных детей
- 2) только у детей от повторной беременности
- 3) у детей с группой крови О(I)
- 4) чаще у детей с группой крови А(II) от матерей с О(I) группой крови (+)
- 5) у детей от резус-положительного отца

9. Для болезни гиалиновых мембран у новорожденных не типичен симптом:

- 1) цианоз
- 2) тахипноэ
- 3) отсутствие дыхательной недостаточности (+)
- 4) ацидоз
- 5) втяжение грудной клетки

10. Наиболее достоверным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является:

- 1) микроцефалия
- 2) атрофия зрительного нерва
- 3) гепатомегалия
- 4) обнаружение антител против токсоплазмы в составе Jg M (+)
- 5) высокий титр антител в Jg G

11. На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го жизни может с большой достоверностью указывать:

- 1) увеличение Jg M (+)
- 2) увеличение Jg G
- 3) лейкоцитоз - 20 000 в мм<sup>3</sup>
- 4) нейтрофилез 80%
- 5) температурная реакция в пределах 37,2°C

12. Уровень непрямого билирубина сыворотки крови уменьшает:

- 1) люминал (фенобарбитал) (+)
- 2) магнезия
- 3) преднизолон
- 4) аскорбиновая кислота
- 5) дроперидол

13. К реактивным состояниям новорожденных не относится:

- 1) физиологическая эритема
- 2) милия
- 3) мелена (+)
- 4) вагинальное кровотечение
- 5) опухание молочных желез

14. Достоверным признаком врожденной цитомегалии является:

- 1) микрофтальм и хориоретинит
- 2) кальцификаты в веществе мозга
- 3) остеопороз
- 4) обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе (+)
- 5) менингоэнцефалит

15. Основная причина физиологической желтухи новорожденного:

- 1) гемолиз
- 2) недостаточная глюкуронизация (+)
- 3) сгущение крови
- 4) холестаза
- 5) гипогликемия

16. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием:

- 1) охлаждения
- 2) недостаточного питания
- 3) чрезмерной кислородотерапии (+)
- 4) гипоксии
- 5) гипогликемии

17. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается:

- 1) у зрелого новорожденного

- 2) недоношенного (+)
- 3) новорожденного с асфиксией
- 4) с пороком сердца
- 5) у переносимого ребенка

18. Для врожденного гипотиреоза не характерно:

- 1) макроглоссия
- 2) пролонгированная желтуха
- 3) склонность к гипотермии
- 4) преждевременное закрытие большого родничка (+)
- 5) запор

19. Диагноз муковисцидоза подтверждает:

- 1) рентгенограмма грудной клетки
- 2) исследование костного мозга
- 3) биопсия тонкого кишечника
- 4) микроскопия осадка мочи
- 5) определение электролитов пота (+)

20. У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна Для генетической консультации важен показатель:

- 1) возраст матери (+)
- 2) генотип отца
- 3) состояние здоровья матери
- 4) генотип матери
- 5) повышенный радиационный фон

**(ПК-3)**

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>

	ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

### Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Ребенок Б., 7 лет, поступил в стационар с жалобами на частый малопродуктивный кашель, насморк, затрудненное дыхание, повышение температуры до 38,5 °С. Болеет в течение 3-х дней с подъемом температуры 38,7 °С, нарушением самочувствия — вялость, насморк, затрудненное дыхание, частый сухой кашель. Вызвана СМП, ребенок доставлен в стационар. При поступлении: температура 37,2 °С, ЧСС — 100 уд. в 1 мин., ЧД — 46 в 1 мин., АД — 120/90 мм рт. ст., сатурация кислорода — 92%. Состояние ребенка тяжелое за счет бронхообструктивного синдрома. Зев спокоен, носовое дыхание затруднено, выделения из носа слизистого характера. Миндалины увеличены до I — II ст. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Кашель малопродуктивный. В легких дыхание проводится во все отделы, жесткое. Выслушиваются сухие свистящие хрипы. Перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, самостоятельный, оформленный. Диурез достаточный. Учитывая тяжесть состояния, ребенок госпитализирован в ОРИТ с диагнозом: острый обструктивный бронхит; ДН II. Общий анализ крови: эр. —  $4,82 \times 10^{12}$  /л, Нв — 132 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц. —  $12,5 \times 10^9$  /л, э — 0%, п — 11%, с — 66%, л — 21%, м — 2%, тр. — 263%, СОЭ — 2 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, цвет — соломенно-жёлтый, реакция кислая, белка нет, сахар не обнаружен, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0 в п/з, кристаллов нет. ЭКГ: ритм синусовый, 120–130 уд. в 1 мин. Биохимический анализ крови: СРБ — 93,81 мг/мл, АСТ — 9 Ед/л, АЛТ — 22 Ед/л, сахар — 5,4 мм/л. Рентгенография грудной клетки: усиление бронхосудистого рисунка, гомогенная интенсивная тень в VII сегменте справа. Синусы свободны. Проведенное лечение в ОРИТ: в/в 2,4% эуфиллина, в/в 1,0 (30 мг) преднизолона, глюкозо-солевые растворы, антибиотикотерапия — цефотаксим, ингаляции — беродуал, пульмикорт. Кислород. После стабилизации состояния (2 суток) ребенок переведен в соматическое отделение.

1. Сформулировать диагноз, учитывая этиологический фактор.
2. Обосновать диагноз.
3. План дополнительного обследования.
4. Определить дальнейшую тактику ведения больного.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Внебольничная пневмония, (предположительно микоплазменная), правосторонняя в нижней доле справа (S-VII), осложненная ДН II, тяжелая форма. 2. Начало заболевания острое, с выраженными катаральными явлениями, гипертермия, умеренно выраженный интоксикационный синдром, кашель сухой, со скудной слизистой мокротой, наличие бронхообструктивного синдрома, умеренные воспалительные изменения общего анализа крови.*

3. Посев мокроты, анализ крови методом ИФА (определение антител IgM и -G к *Mycoplasma pneumoniae*), проведение пикфлоуметрии.

4. Антибактериальная терапия — цефалоспорины в сочетании с макролидами, ингаляции муколитиков, бронхоспазмолитиков, инфузионная терапия (по состоянию).

2. Девочка 3., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4-х месяцев, повышенную утомляемость, высыпания на лице, периодически субфебрильную температуру до 37,3–37,8 °С. Анамнез заболевания: начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2–3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, ладонный капиллярит. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов, движения в полном объеме. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС — 68 уд./мин., шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эр. —  $3,2 \times 10^{12}$  /л, Нв — 92 г/л, тромб. —  $90 \times 10^9$  /л, лейкоц. —  $2,5 \times 10^9$  /л, э — 2%, п/я — 2%, с — 62%, л — 31%, м — 3%, СОЭ — 45 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — 0,33 мг/л, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — 20–25 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок — 63 г/л, альбумины — 46%, глобулины: альфа1- — 5%, альфа2- — 12%, бета- — 5%, гамма- — 32%, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л, креатинин — 98 ммоль/л. Проба Зимницкого: относительная плотность мочи: 1006–1014, дневной диурез — 320, ночной диурез — 460. Клиренс по эндогенному креатинину — 80 мл/мин.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести больной?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Системная красная волчанка, полисиндромный вариант (кожный, суставной, в сочетании с волчаночным нефритом). В пользу данного диагноза свидетельствуют: женский пол, возраст дебюта, предшествующая заболеванию инфекция, инсоляция, выраженный астенический синдром, длительная лихорадка, высыпания на лице в форме «бабочки», ладонный капиллярит, нефрит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения.

2. LE-клетки, антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, иммунограмма (комплемент С3, С4).

3. Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.) Ребенок болен с 6 месяцев,

когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с салбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Ребенок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды,  $\beta_2$ -адреномиметики.

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Бронхиальная астма, атопическая, тяжелой степени, неконтролируемая, постприступный период.*
2. *Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом. Частота текущих консультаций при тяжелом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год. Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаенс). Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребенка на КЭК. Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребенком лекарственных препаратов. Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитогаммы и цитологии мокроты. Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии. Вакцинация детей с тяжелой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии, иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки. Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы. Рекомендации и определение адекватной переносимой физической нагрузки, возможно, совместно с врачом ЛФК. Обучение*

пациентов самостоятельному контролю заболевания. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля 1-2 раза в год. Исключение сопутствующей патологии, которая может утяжелять заболевание: консультации по показаниям врача-пульмонолога, ЛОР-врача, врача-фтизиатра, врача-невролога, врача-гастроэнтеролога.

3. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую. Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, цитрусовых, меда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника. ЛФК. Респираторная терапия (дыхательные тренажеры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж). Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля. Психотерапия. Ведения «дневника самоконтроля». Образовательные программы (астма-школы).

4. Бронходилатирующим действием обладают следующие препараты:  $\beta_2$ -адреномиметики, холинолитики и прямые спазмолитики. К  $\beta_2$ -адреномиметикам относят Сальбутамол, Фенотерол, Трбуталин. При применении  $\beta_2$ -адреномиметиков возможно появление побочных эффектов в виде тахикардии, тремора, повышенная возбудимость, нарушение сна. К холинолитикам, которые применяются при бронхиальной обструкции, относят Ипратропия бромид (Атровент). При применении холинолитиков возможно появление следующих побочных реакций: тошнота, сухость во рту, кожная сыпь. К прямым спазмолитикам, ингибирующие фосфодиэстеразу гладкой мускулатуры, относят Эуфиллин. Побочные действия при использовании Эуфиллина могут быть: тошнота, рвота, тахикардия, снижение артериального давления, тремор.

5. В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные игкс (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид + Формотерол, способ доставки турбухалер). При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).

4. Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги. Обследование: ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено. Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчатка внеклеточно. УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребенку? Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Синдром раздраженной кишки с запорами (СРК).

2. Диагноз «СРК» поставлен на основании жалоб больного на запоры, вздутие живота, иногда боли, купирующиеся после дефекации, а также наличия в анамнезе кишечной инфекции.

3. Пациенту рекомендовано:

- кал на скрытую кровь,
- консультация врача хирурга-проктолога для исключения органической природы запора (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, при необходимости колоноскопия, иригография),
- консультация врача-эндокринолога (для исключения патологии щитовидной железы – гипотиреоза),
- консультация врача-невролога (для исключения вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу по результатам кардиоинтервалографии, глазного дна и осмотра).

4. Для нормализации тонуса гладкой мускулатуры кишечной трубки: прокинетики; Для формирования консистенции каловых масс: препараты лактулозы (Макрогола) с подбором дозы до достижения результата.

5. Рекомендовано питание с обогащением пищевыми волокнами (овощи, фрукты), прием пищи 5 раз в день, достаточный прием жидкости (до 1,5 л) в день, закрепление рефлекса на дефекацию в одно и то же время, достаточный сон, ЛФК с упражнениями, повышающими мышечный тонус мышц брюшной стенки и тазового дна.

5. Ребенка 6 лет в течение трех последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение. Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель – 0,9, лейкоциты –  $3,2 \times 10^9 /л$ , эритроциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты – 180 000; СОЭ – 5 мм/ч. Время свертывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения. Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет. Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы. Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели – РСК - 1/164.

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Грипп В. Типичный. Тяжелой степени тяжести. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «грипп В» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39 °С), катарального синдрома (кашель, насморк) с присоединением геморрагического синдрома (носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния); данных эпидемиологического анамнеза – в детском саду массовые заболевания гриппом; на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, замедлено время свертывания крови; в РСК методом парных сывороток – нарастание титра антител к вирусу гриппа в 5 раз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации, наличие геморрагического синдрома.

3. Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное теплое питье. Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая. Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умифеновир 100 мг 4 раза в сутки 5 дней. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию). Витамин С 100 мг 2 раза в сутки. Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.). При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом 4–6 часов). Лечение геморрагического синдрома:

- Свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно.
- Аминокапроновая кислота.
- Этамзилат.

4. Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческого нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно. Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально).

5. Госпитализация: По клиническим показаниям: все больные с тяжелыми и осложненными формами; дети до 3 лет в состоянии средней тяжести. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дома ребенка). Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъема заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.). Допуск в коллектив: по выздоровлению.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. К препаратам, уменьшающим агрегацию тромбоцитов, не относятся:

- 1) трентал
- 2) дипиридамол
- 3) преднизолон (+)
- 4) стугерон
- 5) продектин (пармидин)

3. К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится:

- 1) пироксикам
- 2) напроксен

- 3) дисферал (+)
- 4) лорноксикам (ксефокам)
- 5) диклофенак

4. Во время гормональной терапии при ревматизме и ревматоидном артрите рекомендуется включить в диету:

- 1) творог и кефир
- 2) овощные и фруктовые салаты
- 3) печеный картофель
- 4) все перечисленное (+)
- 5) сухофрукты

5. Приступ кетоацидоза не провоцирует:

- 1) интеркуррентное заболевание
- 2) перекорм жирами, белками
- 3) перекорм углеводами (+)
- 4) голодание
- 5) повышенный питьевой режим

6. Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно:

- 1) жидкий стул
- 2) боли в животе
- 3) головная боль
- 4) ацетонурия (+)
- 5) метеоризм

7. При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:

- 1) сахар (+)
- 2) протромбин
- 3) билирубин
- 4) СРБ
- 5) креатинин

8. У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:

- 1) гистамин
- 2) мясной бульон (+)
- 3) хлеб с водой
- 4) кофеин
- 5) овощной отвар

9. Каковы показания для определения pH желудочного сока у детей:

- 1) дисурические явления
- 2) тошкательные боли в эпигастральной области (+)
- 3) боли при дефекации
- 4) дисфагия
- 5) запоры

10. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:

- 1) альдостерон (+)
- 2) тироксин
- 3) инсулин
- 4) гонадотропин
- 5) андрогены

11. Кислотно-щелочное состояние удерживается путем:

- 1) выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами
- 2) продукции аммония канальцами
- 3) выделения кислых валентностей канальцами
- 4) всем перечисленным (+)
- 5) буферными системами крови

12. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния:

- 1) петли Генле
- 2) эпителия дистальных канальцев
- 3) мембраны клубочков (+)
- 4) всего перечисленного
- 5) эпителия проксимальных канальцев

13. Лекарственными препаратами, обладающими выраженным бронхолитическим действием, не являются:

- 1) интал (+)
- 2) эуфиллин
- 3) беродуал
- 4) беротек
- 5) теопек

14. К отхаркивающим средствам не относятся:

- 1) бронхолитин (+)
- 2) бромгексин
- 3) настой термопсиса
- 4) раствор йодида калия
- 5) мукалтин

15. К противокашлевым препаратам, назначаемым при хроническом бронхите, относятся:

- 1) либексин
- 2) тусупрекс
- 3) амброксол
- 4) все перечисленное (+)
- 5) ни один из перечисленных

16. Клиническими проявлениями острой очаговой пневмонии являются:

- 1) лихорадка
- 2) кашель
- 3) выделение мокроты

- 4) боли в грудной клетке
- 5) все названное (+)

17. Клиническими признаками стафилококковой пневмонии является все, кроме:

- 1) острого начала среди полного здоровья, или во время гриппа
- 2) высокой лихорадки с ознобами
- 3) высокой лихорадки с однократным ознобом (+)
- 4) болей в груди
- 5) мокроты с примесью крови

18. Показаниями к комбинированной антибактериальной терапии является все, кроме:

- 1) снижения температуры через 72 часа (+)
- 2) неизвестный возбудитель
- 3) наличие смешанной флоры
- 4) тяжелые, неподдающиеся влиянию определенного антибиотика заболевания
- 5) упорные инфекции

19. Диагноз очагового туберкулеза легких ставят на основании всего, кроме:

- 1) наличия очаговых изменений в легких
- 2) отсутствия выраженных сдвигов в гемограмме
- 3) протяженного поражения более 2-х сегментов (+)
- 4) локализация очагов в С1 и С2
- 5) всего перечисленного

20. Основными клиническими признаками экссудативного плеврита являются:

- 1) притупление перкуторного звука
- 2) ослабление дыхания
- 3) ограничение экскурсии диафрагмы
- 4) смещение органов средостения
- 5) все перечисленное (+)

### **3.2. Критерии и шкалы оценивания.**

#### **Текущий контроль по дисциплине**

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

#### **Шкала оценивания тестовых заданий**

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49

#### **Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):**

### **Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:**

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

### **Промежуточная аттестация по дисциплине**

#### **Форма промежуточной аттестации 8, 9 семестр — Зачет.**

Задание состоит из 2 практико-ориентированных задач.

Время на подготовку: 15 минут.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

### **Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине**

Качество освоения ОПОП - рейтинг вые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
--------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------

90-100	Зачтено	Высокий (продвину- тый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

### **Форма промежуточной аттестации 10 семестр - Экзамен.**

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49