

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Павлов Валентин Николаевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:22  
Уникальный программный ключ:  
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e664d61d534c7144e9

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
А. А. Цыглин  
\_\_\_\_\_ мая \_\_\_\_\_ 2021 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### ПЕДИАТРИЯ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра детских болезней</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Педиатрия**

<b>№</b>	<b>Наименование пункта</b>	<b>Значение</b>
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Педиатрия
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

**Код контролируемой компетенции**

ПК-2. Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
1	ЧТО МОЖНО ВЫЯВИТЬ, АНАЛИЗИРУЯ СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ А. ведущую патологию Б. частоту заболеваемости по каждой нозологической форме В. контингент часто и длительно болеющих детей Г. все вышеперечисленное	Г
2	ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ А. снижение детской смертности Б. снижение острой заболеваемости В. отсутствие отрицательной динамики по группам здоровья Г. число детей, отнесенных к первой группе здоровья	В
3	К КАКОМУ ВОЗРАСТУ ИСЧЕЗАЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС СГИБАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ А. 1 месяц Б. 2 месяца В. 3 месяца Г. 4 месяца	В
4	КАКУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ БОЛЬШИНСТВО СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ? А. вирусно-бактериальную Б. гриппозную В. туберкулезную Г. паротитную и энтеровирусную	Г
5	КАКОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ А. интубация и искусственное дыхание Б. положение на пораженной стороне В. активная кислородотерапия Г. плевральная пункция и дренаж	Г
6	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ БЕЗ ВЫРАЖЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО	А

	<p>ПРОВОДИТЬ</p> <p>А. пенициллином в дозе 200-300 тысяч ЕД/кг в сутки</p> <p>Б. пенициллином в дозе 500 тысяч и более ЕД/кг в сутки</p> <p>В. левомецетином в дозе 70-80 мг/кг в сутки</p> <p>Г. гентамицином в дозе 4-5 мг/кг в сутки</p>	
7	<p>ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СО СПАЗМОМ СОСУДОВ НАЧИНАТЬ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ</p> <p>А. с введения диуретиков</p> <p>Б. немедленного охлаждения пузырями со льдом</p> <p>В. введения симпатомиметиков</p> <p>Г. введения фенотиазиновых препаратов</p>	Г
8	<p>АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС II-III СТЕПЕНИ ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОГО ПРИМЕНЕНИЯ</p> <p>А. антигистаминных препаратов</p> <p>Б. кортикостероидов</p> <p>В. интала</p> <p>Г. адреналина</p>	Б
9	<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ</p> <p>А. антибиотики</p> <p>Б. бактериофаги</p> <p>В. препараты интерферона и его аналогов</p> <p>Г. раствор бриллиантовой зелени</p>	В
10	<p>БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ</p> <p>А. в первые 5 дней инкубационного периода</p> <p>Б. в течение всего катарального периода</p> <p>В. до конца клинических проявлений заболевания</p> <p>Г. только при наличии сыпи</p>	Б
11	<p>КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПОДТВЕРЖДАЕТ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ РАХИТ</p> <p>А. фосфор крови 1,04 ммоль/л</p> <p>Б. кальций крови 2,5 ммоль/л</p> <p>В. щелочная фосфатаза крови 50 ЕД</p> <p>Г. общий билирубин 15,7 мкмоль/л</p>	А
12	<p>БИОХИМИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ</p> <p>А. повышение уровня трансаминаз;</p> <p>Б. повышение уровня креатинина;</p> <p>В. повышение уровня сиаловых кислот;</p> <p>Г. повышение уровня щелочной фосфатазы;</p>	В
13	<p>ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ кроме</p>	Г

	<p>А. мукоидное набухание;  Б. фибриноидное набухание;  В. гиалиноз, склероз;  Г. липидная бляшка.</p>	
14	<p>РЕВМОКАРДИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С НИЖЕ ПРИВЕДЁННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</p> <p>А. инфекционно-аллергический миокардит;  Б. полная транспозиция магистральных сосудов;  В. тонзиллогенная миокардиодистрофия;  Г. вегетососудистая дистония;</p>	Б
15	<p>НАЗОВИТЕ ГОРМОН ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ИМЕЮЩИЙ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА</p> <p>А. гастрин;  Б. окситоцин;  В. мотилин;  Г. бомбезин;</p>	А
16	<p>КАКАЯ ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ 1-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ</p> <p>А. дизентерия  Б. ротавирусная инфекция  В. сальмонеллез  Г. стафилококковый энтероколит</p>	Б
17	<p>КАКОЙ СТАРТОВЫЙ ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПРИ ЭКСИКОЗЕ 2-Й СТЕПЕНИ</p> <p>А. плазма  Б. кровь  В. глюкозо-солевой раствор  Г. 20% раствор глюкозы</p>	В
18	<p>КАКОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА</p> <p>А. ирригоскопия  Б. биопсия тонкой кишки  В. ректороманоскопия  Г. гастрофибродуоденоскопия</p>	Б
19	<p>ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО СОСТОЯНИЕ АЛКАЛОЗА</p> <p>А. пиелонефрита  Б. сахарного диабета  В. опухоли мозга с рецидивирующей рвотой  Г. болезни Лайтвуда-Олбрайта</p>	В
20	<p>В КАКАИХ ПРЕДЕЛАХ КОЛЕБЛЕТСЯ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ</p>	А

	<p>ГРУДНОГО ВОЗРАСТА [ММОЛЬ/Л]:</p> <p>А. 2,5-2,87</p> <p>Б. 1,29-2,26</p> <p>В. 1,2-2,55</p> <p>Г. 1,25-1,37</p>	
21	<p>КАКОВ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ [ММОЛЬ/Л] У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</p> <p>А. 2,0-3,0</p> <p>Б. 3,0-4,0</p> <p>В. 3,5-5,5</p> <p>Г. 5,0-6,0</p>	В
22	<p>КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕЖЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ПАНКРЕАТИТОМ</p> <p>А. язвенная болезнь 12-перстной кишки</p> <p>Б. дискинезии 12-перстной кишки</p> <p>В. подпеченочный холестаз</p> <p>Г. кишечная инфекция</p>	Г
23	<p>НА ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, КРОМЕ</p> <p>А. вазопрессина</p> <p>Б. паратгормона</p> <p>В. кальцитонина</p> <p>Г. кортикостероидов</p>	А
24	<p>ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНИТЬ</p> <p>А. цистоскопию</p> <p>Б. изотопную ренографию</p> <p>В. цистографию</p> <p>Г. ангиографию</p>	А
25	<p>ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ</p> <p>А. стрептококк</p> <p>Б. вирусы</p> <p>В. белковые антигены [профилактические прививки]</p> <p>Г. все перечисленное</p>	Г
26	<p>КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЭКСИКОЗА 1-Й СТЕПЕНИ</p> <p>А. олигурия</p> <p>Б. жажда, сухость слизистых</p> <p>В. адинамия</p> <p>Г. гемодинамические расстройства</p>	Б
27	<p>СТАФИЛОКОККОВЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНЫ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ</p> <p>А. консервов</p> <p>Б. молока</p> <p>В. овощей</p> <p>Г. мяса</p>	Б

28	<p>ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГРУППОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАКРЫТЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. вирус гриппа  Б. RS-вирус  В. аденовирус  Г. энтеровирусы</p>	В
29	<p>КАКИЕ ПРОДУКТЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ</p> <p>А. мясо  Б. масло растительное  В. кислые фрукты  Г. сладкие фрукты</p>	В
30	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ</p> <p>А. малокалорийный стол  Б. стол с избытком животного белка  В. печеночный стол постоянно  Г. печеночный стол с периодическими "зигзагами"</p>	В
31	<p>ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИТАНИЯ</p> <p>А. концентрированные овощные соки  Б. хлеб  В. мясо нежирное  Г. каши</p>	А
32	<p>ПРИНЦИП ДИЕТОТЕРАПИИ В ГРУППЕ РИСКА ПО КОЛИТАМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ</p> <p>А. желчегонной диеты  Б. механически щадящей диеты  В. диеты, регулирующей ритм дефекации  Г. антацидной диеты</p>	В
33	<p>САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕКОМЕНДАЦИИ</p> <p>А. курортов Кавказских минеральных вод при полной ремиссии  Б. курортов Кавказских минеральных вод при частичной ремиссии  В. местных гастроэнтерологических санаториев при полной ремиссии  Г. курортов Черноморского побережья Кавказа</p>	В
34	<p>ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>А. о пиелонефрите  Б. о тубуло-интерстициальном нефрите  В. о гломерулонефрите  Г. о наследственном нефрите</p>	А
35	<p>ПРИ СНИЖЕННОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПИЩИ НА МАССУ ТЕЛА РЕБЕНКА СИЛЬНЕЕ ВЛИЯЕТ</p> <p>А. белковая недостаточность, особенно животных</p>	В

белков	
Б. недостаточность углеводов и жира	
В. избыток углеводов и жира	
Г. недостаток витаминов и микроэлементов	

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>		
36	У ребенка 2 лет 10 месяцев отмечается неблагоприятный социально-биологический анамнез; по физическому развитию - сниженная длина, дефицит массы тела 1 степени; по нервно-психическому развитию - III группа, 1 степень; острые заболевания отсутствуют в течение года; гемоглобин 115 г/л, снижен тургор тканей, укорочен дневной сон, повышена возбудимость во время бодрствования, нейродермит в стадии ремиссии. Этот ребенок относится к _____ группе здоровья	К четвертой группе здоровья
37	4. Ребенок 2 лет 7 месяцев 3 раза за последний год болел ОРЗ. Вы оцените его резистентность как _____	Нормальная резистентность
38	5. У новорожденного ребенка частота сердечных сокращений равна _____	У новорожденного ребенка частота сердечных сокращений равна 140-160 в минуту
39	9. При _____ наблюдается ригидность затылочных мышц	При бактериальном менингите
40	15. Для купирования бронхоспазма при обострении бронхиальной астмы отдадут предпочтение _____	Для купирования бронхоспазма при обострении бронхиальной астмы отдадут предпочтение $\beta_2$ -адреномиметикам [сальбутамол и др.];
41	17. У ребенка в возрасте 1 года диагностирован рахит в периоде реконвалесценции. Какой лабораторный наиболее характерный признак для этого периода рахита _____	Характерный признак для периода реконвалесценции рахита у ребенка в возрасте 1 года является гипокальциемия
42	Минеральную воду при хроническом гастрите с пониженной секрецией принимают по схеме: _____	Минеральную воду при хроническом гастрите с пониженной секрецией принимают за 15-20 минут до еды;
43	У детей старшего возраста при язвенной болезни может быть положительным симптом _____	У детей старшего возраста при язвенной болезни патогномичным является симптом Менделя;
44	Осмотрев 2-летнего ребенка, кашляющего в течение 3 недель, врач заподозрил коклюш т.к. обнаружил _____	Кашляющего в течение 3 недель 2-летнего ребенка, врач заподозрил коклюш т.к. обнаружил



		кровоизлияния в склере и язвочку на уздечке языка
45	Концентрационную функцию почек надо оценивать пробой _____	Концентрационную функцию почек надо оценивать пробой по Зимницкому
46	При _____ синдром обезвоживания может сопровождаться шоком	При быстром развитии синдром обезвоживания может сопровождаться шоком
47	При _____ этиологии менингоэнцефалита чаще имеет место белково-клеточная диссоциация в ликворе больного	Белково-клеточная диссоциация в ликворе характерна для больного токсоплазмозным менингоэнцефалитом
48	При отсутствии противопоказаний, здорового новорожденного ребенка необходимо приложить к груди матери _____	При отсутствии противопоказаний, здорового новорожденного ребенка необходимо приложить к груди матери в первые 30 минут после рождения
49	Преимущественное значение при выборе закаливающей процедуры имеет _____ принцип закаливания	Принцип учета возрастных и индивидуальных особенностей имеет преимущественное значение при выборе закаливающей процедуры для ребенка
50	При рецидивирующей рвоте в первую очередь необходимо провести, анализ на определение уровня _____ в сыворотке крови.	При рецидивирующей рвоте в первую очередь необходимо определить кЩС в сыворотке крови,
51	_____ осложнение, типично для токсической дифтерии	Инфекционно-токсический шок
52	Частота сердечных сокращений у новорожденного ребенка _____.	140-160 в минуту
53	Относительное количество лимфоцитов в периферической крови здорового ребенка первого года жизни составляет _____.	около 60% общего числа лейкоцитов
54	Выраженный цианоз, сохраняющийся при оксигенотерапии определяется при _____.	врожденных пороках сердца синего типа

55	У пациентов с открытым артериальным протоком в третьей аускультативной точке выслушивается _____.	систола-диастолический шум
56	У ребенка, больного рахитом в периоде реконвалесценции, при рентгенографии костей можно выявить _____.	прерывистое уплотнение в зонах роста
57	Правильное название ревматизма _____.	болезнь Сокольского - Буйо
58	Гематологические данные, характерные для коклюша _____.	лейкоцитоз, лимфоцитоз
59	Ведущим клиническим симптомом в диагностике пневмонии является _____.	локальная крепитация
60	При развитии эксикоза лёгкой степени у ребёнка с острой кишечной инфекцией проводится исключительно _____ регидратация.	оральная
61	Астматический статус II-III степени требует немедленного применения _____	кортикостероидов
62	Детей, больных алиментарной гипотрофией первой степени, при отсутствии тяжёлых сопутствующих заболеваний целесообразно лечить в _____	амбулаторных условиях
63	При развитии инфекционно-токсического шока у ребёнка с менингококксемией этиотропным препаратом выбора является антибиотик, обладающий бактерио_____ механизмом действия.	статическим
64	Этиотропными средствами лечения обострения хронического пиелонефрита являются _____ препараты.	антимикробные
65	В рационе детей, больных хроническим гипервитаминозом D, необходимо значительно ограничить продукты, богатые _____	кальцием
66	Золотым стандартом лечения хронических кислотозависимых заболеваний верхних и средних отделов пищеварительного тракта из группы антисекреторных препаратов являются _____	ингибиторы протонной помпы
67	Алгоритм ведения больного ребёнка с бронхиальной астмой в период обострения на начальном этапе предусматривает назначение ингаляций $\beta$ 2-агонистов короткого действия каждые _____ минут в течение	20

	перволю часа	
68	Патогенез экссудативно-катарального диатеза базируется на дефиците _____ у ребенка раннего возраста	гистаминазы
69	_____ одинаковое отставание роста и массы тела ребенка по сравнению со средними нормативными показателями	гипостатура
70	Хоботковый рефлекс относится к основным _____ рефлексам	оральным
71	На неизменной коже локализуются _____ элементы сыпи	первичные
72	_____ - нарушение консистенции в виде уплотнения кожи и подкожной жировой клетчатки	склерема
73	До конца первого года жизни у ребенка должно быть _____ молочных зубов	8
74	У новорожденного _____ преобладает над лицевой частью черепа	Мозговая часть черепа
75	_____ - готовность органов и систем родившегося плода к новому для него внеутробному существованию	Зрелость новорожденного
76	Участок ясного легочного звука, занимающий площадь от ключицы до оси лопатки называется _____	Полями Кренига
77	В норме нижний край печени до _____ лет пальпируется на 1-2 см. ниже края правой реберной дуги	5
78	Уровень общего билирубина колеблется от _____ до _____ мкмоль/л	8,5-20,5
79	Временное уменьшение количества молока при естественном вскармливании на втором месяце называется _____	Лактационным кризом
80	Уменьшение частоты пульса на _____% от возрастной нормы называется брадикардией	10

82	Интервал _____ на ЭКГ отражает деполяризацию и реполяризацию желудочков	Q-T
83	_____ системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преобладающим поражением сердца и сосудов, вызванное $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А	Ревматизм
84	В неонатальном периоде цветной показатель колеблется в норме от _____ до _____	0,9-1,2
85	Суточный диурез в 1 год составляет _____мл.	600
86	Эргокальциферол поступает в организм из продуктов _____ происхождения	растительного
87	К безглютеновым кашам относятся _____	Кукурузная, гречневая и рисовая.
88	Ежемесячная прибавка массы тела ребенка в первом полугодии жизни в норме составляет _____грамм	800
89	В основе патогенеза нервно-артритического диатеза лежат особенности _____обмена	пуринового
90	Возбудителем групповых инфекционных заболеваний в закрытых детских коллективах чаще всего является вирус _____	гриппа
91	_____ - осложнение, характерное для врожденной краснухи	катаракта
92	Вакцинация от гепатита В проводится новорожденным в первые _____ часов жизни	12
93	Масса тела новорожденного 1500-1001 грамм позволяет отнести его к недоношенным _____ степени	III
94	Наибольшей анатомической и функциональной перестройке на первом году жизни подвергается _____ железа	поджелудочная

95	В клубочковой зоне коры надпочечников синтезируются _____	минералокортикоиды
96	_____ - элемент сыпи, возвышающийся над уровнем кожи размером от 1 до 20 мм.	Папула
97	В зависимости от калибра пораженного бронха влажные хрипы бывают _____ и _____	Крупнопузырчатыми и среднепузырчатыми
98	Увеличение зоны сердечной тупости - основной признак накопления выпота в _____	Перикарде
99	Непереносимость лактозы патогномична при поражении _____ кишечника	тонкого
100	Форма рентгенографии, позволяющая оценить плотность костной ткани и содержание минералов называется _____	денситометрия

### Задачи

#### Код контролируемой компетенции

ПК-2 Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики.

На клиническую задачу рекомендованное время – 20 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1	ПК-2	<p>Артур А., 1 г. 8мес., доставлен в детское отделение в 07 часов 10 минут машиной СМП с жалобами, со слов матери, на затрудненное, «свистящее» дыхание, сухой мучительный кашель.</p> <p>Мальчик заболел три дня назад: появились насморк, покашливание. Появление симптомов мама связывает с переохлаждением на прогулке. К врачу не обращались, лечились отварами трав. В день поступления перед ночным сном мать растирала грудную клетку ребенка</p>	<p>Необходимо провести дополнительные методы лабораторного исследования: кал на кишечную группу, кал на яйца гельминтов и цисты простейших, рентгенография ОГК, иммунологическое обследование – анализы крови на общий IgE, аллергенспецифические IgE-антитела.</p> <p>Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести,</p>

	<p>пихтовым маслом. Состояние малыша ухудшилось около четырех часов ночи: кашель приобрел сухой приступообразный характер, появилась одышка.</p> <p>Из анамнеза жизни известно: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре; первых родов в срок 39-40 недель; в родах двойное обвитие пуповины, оценка по Апгар 6/7 баллов. Ребенок находится на искусственном вскармливании неадаптированными смесями с 4 месяцев, страдает атопическим дерматитом, дважды (в 6 и 7 мес.) находился на стационарном лечении с диагнозом: острый обструктивный бронхит.</p> <p>Семейный аллергоанамнез отягощен: бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой, у матери ребенка - поллиноз.</p> <p>Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, мальчик возбужден, <math>t = 36,7^{\circ} \text{C}</math>. Кожные покровы бледные, сухие. На щеках определяется гиперемия, инфильтрация с участками мокнутия, серозными корочками, расчесами. На коже кистей, голеней единичные эритематозные элементы с мокнутием, корочками, следами расчесов.</p> <p>Зев физиологической окраски, язык «географический». Носовое дыхание не нарушено. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧД 60 в минуту. Грудная клетка вздута, отмечаются раздувание крыльев носа, интенсивное участие брюшной стенки в дыхании, дистантные свистящие хрипы. Пальпаторно отмечается ригидность грудной клетки. Перкуторно над легкими определяется коробочный звук, аускультативно – на фоне удлиненного выдоха большое количество свистящих, разнотембровых сухих хрипов по всем легочным полям.</p>	<p>тяжелое обострение, ДН II ст., сопутствующий – атопический дерматит, период обострения. ОАК и ОАМ в пределах возрастной нормы. Низкая сатурация кислорода. В дальнейшем необходимо определить уровень общего и специфических IgE.</p>
--	---	--

		<p>ЧСС 140 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Ритм правильный, сердечные тоны приглушены.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В ОАК эр.- <math>4,5 \times 10^{12}</math> /л, Нв – 110 г/л, л.- <math>6,0 \times 10^9</math> /л, эоз.- 6%, с- 23%, л – 63%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1018, реакция щелочная, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпит. 1-2-1 в п/зр.</p> <p>SatO<sub>2</sub> = 90%</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования, назначьте дополнительные и поставьте диагноз.</p>	
2	ПК-2	<p>Родион Л., 7 лет поступил в стационар с жалобами на сухой приступообразный кашель, чувство «заложенности» в груди, одышку. Заболел остро около 6 часов утра. Накануне помогал матери в уборке квартиры – чистил ковры пылесосом, во время уборки почувствовал заложенность носа, першение в горле. Настоящие жалобы у ребенка отмечаются впервые.</p> <p>Анамнез жизни: родился от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, обострения хронического пиелонефрита, вторых родов с длительным безводным периодом. Закричал после отсасывания слизи. К груди приложен на 2 сутки. С 3 месяцев жизни на искусственном вскармливании неадаптированными смесями из-за гипогалактии матери.</p> <p>На первом году жизни страдал атопическим дерматитом, перинатальной энцефалопатией с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, с 2 лет - частые ОРВИ.</p> <p>С 6 лет по утрам после ночного сна беспокоит чихание, обильные слизисто-серозные выделения из носовых ходов, которые в течение</p>	<p>Бронхиальная астма, легкое интермиттирующее течение, период обострения, ДН 1. Соп. Аллергический ринит круглогодичный.</p> <p>Диагноз поставлен на основании жалоб на сухой приступообразный кашель, чувство «заложенности» в грудной клетке, одышку, данных анамнеза заболевания – связь симптомов заболевания с контактом с бытовой пылью, появление указанных жалоб в предутренние часы; данных анамнеза жизни – родился от патологически протекавшей беременности, раннее искусственное вскармливание, осложненный индивидуальный и семейный аллергический анамнез.</p> <p>ОАК и ОАМ в пределах возрастной нормы.</p> <p>Снижена пиковая скорость выдоха. В дальнейшем необходимо определить уровень общего и специфических IgE</p>

		<p>дня проходят самостоятельно. Родная сестра 12-ти лет страдает atopическим дерматитом.</p> <p>Объективно: общее состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное, кожные покровы и зев физиологической окраски. Носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемое из носа – прозрачная «стекловидная» слизь. Пальпируются единичные, неувеличенные, безболезненные подчелюстные, шейные лимфоузлы. ЧД 28 в минуту. Перкуторно: коробочный оттенок звука. Дыхание жесткое, при форсированном выдохе небольшое количество сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох несколько удлинен. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Ритм правильный, тоны ясные. ЧСС 100 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В ОАК эр.– <math>4,5 \times 10^{12}</math> /л, Нв – 120 г/л, л.-<math>6,0 \times 10^9</math>/л, эоз.-. 6%, с- 63%, л – 23%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1018, реакция щелочная, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпит. 1-2-1 в п/зр.</p> <p>По данным пикфлоуметрии РЕФ - 85% от нормальных показателей.</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки – умеренное вздутие легочных полей.</p> <p>Результат исследования кала на яйца гельминтов и цисты простейших отрицательный.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
3.	ПК-2	<p>Юля Г. 14 лет, поступает в приемное отделение в 08 ч.15 мин. с жалобами на одышку, сердцебиение, головокружение.</p> <p>В возрасте 7 лет девочке установлен диагноз: Бронхиальная астма atopическая, средней степени</p>	<p>Бронхиальная астма, тяжелое течение, период обострения, ДН 2-3ст. Астматический статус 2 ст</p> <p>Факторы, способствующие возникновению заболевания: отягощенная</p>



		<p>тяжести. Наблюдалась у аллерголога, педиатра. Принимала ингаляционные формы В2-агонистов, бекотид в суточной дозе 400 мкг. Отмечалось улучшение состояния через 1,5 года после начала лечения. С 10 лет девочка наблюдалась нерегулярно, схему лечения мама ребенка нарушала. В последние полгода приступы одышки повторяются у девочки ежедневно, преимущественно ночью или днем после физической нагрузки, смеха, купируются ингаляциями астмопента. Прошедшей ночью девочка пользовалась астмопентом каждые 30 минут. Приступы одышки беспокоят девочку с 3 лет.</p> <p>В анамнезе жизни: у мамы ребенка отмечались аллергические реакции в виде крапивницы и отека Квинке на цитрусовые, косметические средства. В первые 3 года жизни у девочки выявлялся атопический дерматит, в возрасте 4 лет проведены кожные пробы с бытовыми аллергенами – результат положительный. Год назад девочке подарили кошку.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопноэ с опорой на верхний плечевой пояс. Выражение испуга на лице, дышит ртом, речь резко затруднена. Кожные покровы бледные, акроцианоз, исчезающий при ингаляции кислорода. Зев физиологической окраски, носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, экскурсия резко снижена. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧД - 34 в минуту. Перкуторный звук над легкими – коробочный. Дыхание над легкими ослаблено, местами не прослушивается, единичные сухие свистящие хрипы на выдохе по всем легочным полям. Пульс слабого наполнения. ЧСС 120 в минуту,</p>	<p>наследственность (у мамы ребенка отмечались аллергические реакции в виде крапивницы и отека Квинке на цитрусовые, косметические средства), наличие в первые 3 года жизни у девочки атопического дерматита (как проявление атопического марша). Факторы, способствующие прогрессированию заболевания: нерегулярное наблюдение у аллерголога, нарушение схемы лечения, наличие домашнего животного кошки – источника аллергена. Необходимо провести дополнительные методы лабораторного исследования: кал на кишечную группу, кал на яйца гельминтов и цисты простейших, рентгенография ОГК, иммунологическое обследование – анализы крови на общий IgE, аллергенспецифические IgE-антитела. ОАК и ОАМ в пределах возрастной нормы. Снижена пиковая скорость выдоха.</p>
--	--	--	---

		<p>границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, ритм сердца правильный, сердечные тоны приглушены, усилен II тон над легочной артерией. Артериальное давление 80 и 60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В ОАК эр.- <math>4,5 \times 10^{12}</math> /л, Нв – 120 г/л, л.- <math>6,0 \times 10^9</math>/л, эоз.- 6%, с- 63%, л – 23%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1018, реакция щелочная, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпит. 1-2-1 в п/зр.</p> <p>По данным пикфлоуметрии PEF - 65% от нормальных показателей.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
4	ПК-2	<p>В приемный покой доставлен ребенок 10 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до <math>39,6^{\circ}</math> С в течении последнего часа, отказ от еды, беспокойство, судорожные подергивания конечностей, периодическое отсутствие реакции на окружающее.</p> <p>Из анамнеза болезни известно: ребенку накануне сделана V1 АКДС совместно с V1 полиомиелита.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне нефропатии. Роды в срок 39-40 недель, родился путем кесарева сечения (тазовое предлежание плода), в асфиксии – оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 52 см. С рождение наблюдается у невропатолога по поводу гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, проведено 2 последовательных курса амбулаторного лечения по поводу данного заболевания. Невропатологом был рекомендован медотвод от профилактических прививок до возраста 12 месяцев.</p>	<p>Поствакцинальная (энцефалитическая) реакция на АКДС вакцину. Соп.: ГИЭ, поздний восстановительный период. ОАК –лейкоцитоз, моноцитоз. ОАМ и биохимический анализ крови в пределах возрастной нормы.</p>

		<p>Объективно: Состояние тяжелое, двигательное беспокойство, температура тела 39,5 °С, кожные покровы бледные, горячие, конечности холодные, цианоз носогубного треугольника. Зев физиологической окраски, носовое дыхание свободное, периферические лимфоузлы не пальпируются. Вес ребенка – 10 кг 500 г Дыхание глубокое частое - 52 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно пуэрильное дыхание. Пульс 152 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, ритм сердца правильный, тоны отчетливые. Живот мягкий, печень =2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Ребенок запрокидывает голову, сухожильные рефлексы повышены. Большой родничок напряжен, пульсирует. Умеренно выражена ригидность затылочных мышц.</p> <p>В ОАК эритроциты – <math>4,5 \times 10^{12}</math> /л, Нв – 115 г/л, цветовой показатель 0,8; лейкоциты – <math>11 \times 10^9</math>/л, э-3%, п/я-2%, с/я-26%, л-59%, м-10%, СОЭ –7 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1015, реакция нейтр.,лейк. 1-2 в п/зр, эпит. 1-1-2 в п/зр.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л; общий белок 71 г/л; АЛТ 10 Ед/л, АСТ 18 Ед/л, креатинин 53 мкмоль/л, СРБ 6 мг/100 мл.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
5	ПК-2	<p>Ребенок 5 месяцев доставлен в приемный покой детского отделения с жалобами на повышение температуры тела до 40°С, кашель малопродуктивного характера, клонико-тонические судороги с потерей сознания.</p> <p>Анамнез заболевания: мальчик заболел неделю назад. Заболевание</p>	<p>Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелая, острое течение. Осложнение: энцефалитическая реакция, судорожный синдром, токсикоз с эксикозом. Соп.: ГИЭ, поздний</p>

	<p>началось с повышения температуры тела до 38,5°C и сухого кашля. К врачу не обращались, лечились самостоятельно: Нурофен в суспензии, Бронхikum в сиропе. Повышенная температура тела 37,5-38,7°C сохранялась неделю. Состояние ухудшилось несколько часов назад, когда резко повысилась температура тела, появились клонико-тонические судороги. Мама ребенка вызвала врача скорой медицинской помощи. Врачом СМП введены внутримышечно: литическая смесь и седуксен в возрастных дозах, ребенок доставлен в стационар.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности в 14 недель, по поводу которого проводилось стационарное лечение; гестоза II половины (нефропатии) – проведено 2 курса лечения в стационаре. Роды при сроке 40 недель, затяжные, со стимуляцией. Ребенок родился массой 3200 г и ростом 52 см, в состоянии тяжелой асфиксии, с двукратным обвитием пуповиной вокруг шеи и оценкой по шкале Апгар – 4-7 баллов. Из родильного зала ребенок переведен в отделение интенсивной терапии, где находился на лечении 2 суток. К груди приложен на 3 сутки, в роддоме проведена вакцинация БЦЖ-М, выписан на 7 сутки. С 1 месяца находится на учете у невропатолога с диагнозом: Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром внутричерепной гипертензии, проведен курс амбулаторного лечения. Профилактическая вакцинация не проведена в связи с медотводом по поводу неврологической патологии.</p> <p>Объективно: состояние ребенка тяжелое, вес 6800 г, температура тела 40°C, реакция на осмотр снижена. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы бледные,</p>	<p>восстановительный период. ОАК- лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. ОАМ – протеинурия.</p>
--	---	--

		<p>суховатые, губки сухие, родничок 2,0 на 2,0 см, западает. Выражен периоральный цианоз, конечности холодные с мраморным рисунком, зев гиперемирован, «лимфоидная зернистость» задней стенки глотки, налетов нет. Перкуторно: укорочение звука в подлопаточной области справа. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1,0 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя – по 2 межреберью, левая – на 2,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: дыхание 68 в минуту, ослаблено в задненижних отделах справа, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, справа в нижних отделах – крепитация. Сердцебиение ритмичное, учащенное, ЧСС – 150 ударов в минуту, выслушивается короткий систолический шум по левому краю грудины. Живот при пальпации напряжен, газы отходят плохо, олигоанурия.</p> <p>Общий анализ крови – гемоглобин 130 г/л, эритроциты <math>5,0 \times 10^{12}</math> /л, лейкоциты <math>15 \times 10^9</math>/л, э – 3%, п – 9%, с – 50%, л – 30%, м-9%. Общий анализ мочи – белок 0,033 ‰, удельный вес 1030, лейкоциты – единичные в поле зрения. Биохимический анализ крови: общ. белок – 60 г/л, общ. билирубин – 8 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, креатинин – 55 мкмоль/л, АЛТ – 17 ЕД, АСТ – 30 ЕД. Электролиты сыворотки крови: калий - 4,5 ммоль/л, натрий – 158 ммоль/л, кальций – 2,25 ммоль/л.</p> <p>Р-графия ОГК: легочный рисунок усилен, определяется очаговая инфильтрация в нижних отделах правого легкого.</p> <p>ЭКГ – ЧСС – 160-170 уд. в мин., ЭОС вертикальная, синусовая аритмия, нарушение метаболических процессов в миокарде задней стенки левого желудочка. Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте</p>	
--	--	--	--

6.	ПК-2	<p>диагноз.</p> <p>Ребенок 7 лет поступает в приемный покой с жалобами на лихорадку до 39 ° С, частый влажный кашель, слабость, головную боль, снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза болезни известно: ребенок заболел после переохлаждения с появления насморка, покашливания, субфебрильной температуры. На второй день болезни был осмотрен участковым педиатром, назначена противовирусная терапия амиксином. Состояние и самочувствие несколько улучшились. На третий день температура нормализовалась, уменьшилась выраженность катарального синдрома, ребенок пошел в школу. На следующий день состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура тела до 39, кашель стал частым и влажным, появились слабость и потливость, боли в правой половине грудной клетки.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Закричал сразу, оценка по Апгар 7/8 баллов. Находился на естественном вскармливании до года, прикормы вводились по срокам. В первый год жизни не болел, в последующем отмечались редкие ОРВИ (3 раза в год), в 4 года перенес ветряную оспу, в 6 лет острый простой бронхит.</p> <p>Аллергоанамнез семейный и индивидуальный не отягощен.</p> <p>Объективно выявлено: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, горячие, влажные. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные лимфоидные фолликулы на задней стенке глотки. Язык обложен беловатым налетом. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизистого отделяемого из носовых ходов. Пальпируются</p>	<p>внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней тяжести, неосложненная, острое течение.</p> <p>ОАК- лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорена СОЭ. ОАМ – в пределах возрастной нормы.</p>
----	------	--	--

		<p>множественные, незначительно увеличенные, безболезненные, подвижные подчелюстные, шейные лимфоузлы. Частота дыхания 34 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в дыхании, эластичная. При перкуссии определяется укорочение легочного звука под углом правой лопатки. Аускультативно определяется жесткое дыхание, разномембрные сухие хрипы по всем полям, меняющие тембр и локализацию при откашливании. Под углом правой лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы и крепитация, при откашливании стабильные. Пульс 139 ударов в минуту. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Ритм сердца правильный. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В ОАК эр.- <math>4,5 \times 10^{12}</math> /л, Нв – 128 г/л, л.- <math>16,0 \times 10^9</math> /л, эоз.-2%, п- 6%, с- 73%, л – 17, м –2%, СОЭ – 35 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1018, реакция щелочная, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпит. 1-2-1 в п/зр.</p> <p>По данным пикфлоуметрии РЕФ - 85% от нормальных показателей.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
7.	ПК-2	<p>Вы – врач скорой медицинской помощи. Вызов к мальчику 14 месяцев. Со слов матери, заболевание началось 2 дня назад с кашля, насморка, подъема температуры тела до субфебрильных цифр. Ночью состояние резко ухудшилось, появилось шумное учащенное дыхание, грубый «лающий» кашель, осиплость голоса.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от первой</p>	<p>ОРВИ. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани субкомпенсированный. ДН II степени. Соп. лимфатико-гипопластический диатез. Ребенок нуждается в госпитализации в специализированное ЛОР отделение.</p> <p>ОАК- умеренный</p>

		<p>доношенной беременности, протекавшей с умеренно выраженным гестозом первой половины, нефропатией.</p> <p>Вес при рождении 3500 г, рост 53 см, закричал после тактильной стимуляции, оценка по Апгар 6-7 баллов. С 3 мес. на искусственном вскармливании 5% манной кашей, сваренной на коровьем молоке. С 10 месяцев ест с общего стола.</p> <p>Аллергоанамнез семейный и индивидуальный не отягощен.</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-хкратно. В 12 месяцев по поводу острого бронхита находился на стационарном лечении, была проведена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме определялось увеличение вилочковой железы.</p> <p>При объективном обследовании: Состояние тяжелое, выраженное возбуждение. Кожные покровы бледные, щеки гиперемированы, сухие, с шелушением. Определяется пастозность подкожной клетчатки. Вес ребенка 12 кг, телосложение гиперстеническое. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, задняя стенка глотки рыхлая. Язык розовый, чистый. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизисто-серозного отделяемого из носовых ходов. Пальпируются единичные, безболезненные, подвижные подчелюстные, шейные лимфоузлы размером до 0,7 см.</p> <p>В покое отмечается одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, шумное (стридорозное) дыхание, вдох удлинен. ЧД – 48 в минуту. Пальпаторно грудная клетка эластичная. Перкуторно определяется легочный звук, аускультативно – жесткое дыхание, единичные, меняющиеся при кашле сухие и крупнопузырчатые хрипы.</p> <p>Границы относительной</p>	<p>лимфоцитоз. ОАМ – в пределах возрастной нормы.</p>
--	--	---	---



		<p>сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Ритм правильный. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 140 ударов в минуту.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Нв-125 г/л, Ц.П. –0,88; лейкоциты – <math>7,1 \times 10^9/л</math>, э-8, п/я - 1 %, л -70%, с/я - 20%, м - 1%, СОЭ - 12м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло- желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1015, белок - отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- отрицательные.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
8	ПК-2	<p>В приемное отделение детской больницы доставлен мальчик 3-х лет в сопровождении бабушки. Жалобы со слов бабушки: появление у ребенка отеков на лице, руках и ногах; появление сыпи на коже тела, сопровождающейся зудом. Настоящие жалобы появились два часа тому назад, когда ребенок подвергся укусу пчелы.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой беременности. Беременность протекала без особенностей. Роды срочные в 39 недель, ребенок родился массой 3200г. и длиной тела 56 см; закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложен в родильном зале, грудь сосал активно. Выписан из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привит. На первом году развивался правильно: в год весил 11 кг, головку держит с 1,5 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 11 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 9 слов. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6 месяцев</p>	<p>Острая аллергическая реакция (инсектная), отек Квинке, крапивница.</p> <p>Лечение необходимо проводить в стационаре в детском или аллергологическом отделениях 5-10 дней.</p> <p>ОАК- умеренный лимфоцитоз. ОАМ – в пределах возрастной нормы.</p>

кукурузной кашей, второй - овощным пюре, третий - кефиром.

Перенесенные заболевания: с 6 месяцев отмечались проявления атопического дерматита и пищевая сенсibilизация (цитрусовые, яйцо), дважды перенес острый простой бронхит. Вакцинирован по индивидуальному графику.

Маме 27 лет, здорова.

Отцу- 30 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Бабушки по линии матери страдает круглогодичным аллергическим ринитом.

Бытовые условия удовлетворительные. У ребенка есть отдельная комната. В квартире есть комнатные растения и домашнее животное (собака).

Объективно: состояние мальчика средней тяжести, беспокоен, температура тела 37,50 С. В области век, губ, кистей рук выраженные отеки кожи и подкожной клетчатки; на коже конечностей и туловища множественные уртикарные высыпания размером до 3см в диаметре. Видимые слизистые розовые, влажные. Небные миндалины не увеличены. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером 0,5 на 0,6 см, подвижные, безболезненные, плотно-эластичной консистенции. Язык влажный, «географический». Частота дыхания – 28 в минуту. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Над легкими равномерно проводится везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не расширены. Частота сердечных сокращений –110 ударов в минуту, сердцебиение ритмичное, тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги. Стул оформлен, склонен к задержкам (1 раз в 2-3

	<p>суток). Мочится свободно, дизурических явлений нет. Менингеальные знаки отрицательные.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Нв-125 г/л, Ц.П. –0,88; лейкоциты – <math>7,1 \times 10^9/л</math>, п/я - 6 %, л -70%, с/я - 20%, м - 4%, СОЭ - 8м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло- желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1015, белок - отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- отрицательные.</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 120 в минуту. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Умеренные нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз.</p>	
--	---	--

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности

На открытое задание рекомендованное время – 20 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-1	<p>Ребенок 4-х лет доставлен в приемный покой детской больницы с жалобами на одышку, беспокойство, сильные боли в области сердца, усилившийся цианоз кожных покровов. Ухудшение самочувствия наступило у ребенка 30 минут тому назад во время игры со старшим братом в мяч. Мальчик прервал игру и лег на пол с приведенными к животу ногами. Мама дала ребенку кордиамин, но самочувствие не улучшилось.</p> <p>Из анамнеза известно, что у ребенка отмечается цианотичное окрашивание</p>	<p>1.Врожденный порок сердца (болезнь Фалло), одышечно-цианотический приступ.</p> <p>2.Лечение необходимо проводить в стационаре в стационаре в детском кардиологическом отделении.</p> <p>3. В приемном покое</p>

		<p>кожных покровов с первых лет жизни, при физической нагрузке и эмоциональном возбуждении отмечаются одышечно-цианотичные приступы. С рождения наблюдается кардиологом по поводу врожденного порока сердца.</p> <p>Мальчик родился от третьей беременности. Беременность протекала на фоне анемии в первой половине. Роды срочные в 40 недель, ребенок родился массой 2900г. и длиной тела 56 см; оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. К груди приложен на третьи сутки, грудь сосал вяло. В родильном доме не привит. Выписан из родильного дома на 7 сутки под наблюдение кардиолога с диагнозом врожденный порок сердца. На первом году отмечалась задержка физического развития: в год весил 7 кг, головку держит с 1,5 месяцев, сидит с 9 месяцев, ходит с 14 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 3 слова. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6 месяцев кукурузной кашей, второй - овощным пюре, третий - кефиром.</p> <p>Перенесенные заболевания: в 6 месяцев обследован в кардиологическом диспансере, где определена топика врожденного порока сердца. Простудными заболеваниями болеет не часто. Вакцинирован по индивидуальному графику.</p> <p>Маме 38 лет, страдает хроническим холециститом.</p> <p>Отцу- 40лет, страдает ХОБЛ.</p> <p>Наследственность по материнской и отцовской линии отягощена по гипертонической болезни.</p> <p>Бытовые условия удовлетворительные. У ребенка есть отдельная комната.</p> <p>Объективно: состояние мальчика средней тяжести, пониженного питания - вес 12 кг. Кожные покровы и видимые слизистые имеют темно-синюю окраску. Ногтевые фаланги пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек», ногти имеют форму часовых стекол. Носовое дыхание свободное. Частота дыхания – 62 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное. Грудная клетка деформирована, отмечается сердечный горб. При пальпации области</p>	<p>необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-выполнить ингаляцию увлажненным кислородом;</li> <li>-подкожно ввести 1% раствор промедола из расчета 0,1 мл на год жизни больного- 0,4мл;</li> <li>- для коррекции полицитемии внутривенно капельно ввести реополиглюкин 5мл на кг массы тела больного;</li> <li>- ввести внутривенно капельно со скоростью 0,005мг/минуту обзидан 0,1% р-р -0,1мг/кг массы тела (после нормализации АД).</li> </ul> <p>При некупирующемся приступе и развитии гипоксической комы необходим перевод больного в кардиохирургическую реанимацию или в кардиохирургическое отделение для наложения аорто-легочного анастомоза.</p> <p>ОАК- гипергемоглобинемия, остальные показатели в пределах возрастной нормы.,</p>
--	--	---	---

		<p>сердца вдоль левого края грудины определяется систолическое дрожание. Над всей областью сердца выслушивается грубый систолический шум, II тон на легочной артерии ослаблен. АД – 90 и 45 мм рт.ст., частота сердечных сокращений - 160 ударов в минуту. Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Мочится ребенок свободно, дизурических явлений нет. Стул оформлен 1 раз в сутки. Менингеальные знаки отрицательные.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>6 \times 10^{12}/л</math>, Нв – 180 г/л, лейкоциты - <math>5 \times 10^9/л</math>, п/я - 3%, л -57%, с/я - 34%, м - 6%, СОЭ – 1 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло - желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1019, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- 1- 3 в поле зрения.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, тахикардия с частотой сердечных сокращений 158 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо, признаки выраженной гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	
2.	ОПК-1	<p>Ребенок 12-ти лет поступил в приемный покой детской больницы с жалобами на боли в животе, рвоту, шумное дыхание, вялость, истощение, неутолимую жажду.</p> <p>Ребенок болеет около месяца, когда мама стала впервые отмечать его быструю утомляемость, жажду, снижение массы тела. Участковый врач предположил наличие у ребенка глистной инвазии и гастродуоденита, по поводу чего назначил обследование и лечение. Самочувствие ребенка продолжало ухудшаться. Сутки назад появилась рвота, вялость, адинамия и ребенок был доставлен в стационар «Скорой помощью».</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик родился от второй беременности. Беременность протекала с токсикозом первой и второй половины беременности. Роды срочные в 38 недель, ребенок родился</p>	<p>Диагноз: Сахарный диабет I типа, диабетическая кома (кетоацидотический вариант), II стадия.</p> <p>2. Лечение необходимо проводить в стационаре в детском отделении или в реанимационном отделении.</p> <p>3. Внутривенно капельно ввести 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 20мл/кг x час, суточная доза 100-120 мл /кг массы тела. В первые 6 часов ввести 50 % от</p>

		<p>массой 3900 г. и длиной тела 56 см; закричал сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в родильном зале, грудь сосал активно. Выписан из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привит. На первом году развивался правильно: в год весил 11 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 11 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 14 слов. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6 месяцев - овощным пюре, второй – манной кашей, третий - кефиром.</p> <p>Перенесенные заболевания: с 6 месяцев отмечались частые простудные заболевания, в 5 лет перенес сотрясение головного мозга и лечился стационарно; наблюдается у невролога по поводу расстройства вегетативной нервной системы по ваготоническому типу.</p> <p>Маме 38 лет, страдает ожирением. Отцу 47 лет, страдает гипертонической болезнью. Сестра 7 лет, здорова. Бабушка по линии матери страдает ожирением и ИБС. Бабушка по линии отца страдает гипертонической болезнью. Бытовые условия удовлетворительные. Ребенок и его сестра проживают в отдельной комнате.</p> <p>Объективно: состояние крайне тяжелое, затемнение сознания, адинамия, на осмотр не реагирует, на вопросы не отвечает. Мальчик истощен, вес - 24 кг. Кожные покровы сухие, землистого цвета. Гиперемия кожи вокруг наружных половых органов. Глаза запавшие, черты лица заостренные. Гипотония мышц, глазных яблок. Дыхание шумное, учащено до 28 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, тахикардия–123 удара в минуту, выслушивается короткий систолический шум на верхушке сердца. Слизистые рта гиперемированы, сухие. Язык обложен бело-серым налетом. Изо рта запах ацетона. При пальпации живота небольшая болезненность в эпигастральной области и напряженность мышц. Коленные рефлексы отсутствуют, брюшные рефлексы снижены. Моча в малом количестве. Стул был вчера, оформленный.</p>	<p>общего количества раствора, в следующие 6 часов ввести 25%, в оставшиеся 12 часов ввести 25% суточного объема раствора.</p> <p>-Ввести инсулин короткого действия (Актропид или Хумулин Регуляр или Биосулин-Р) 0,1 ЕД/кг массы внутривенно струйно, затем 0,1 ЕД / кг x час микроструйно инфузодоматом до выхода из комы.</p> <p>-На каждый литр вводимой жидкости вводить 40 ммоль хлорида калия.</p> <p>-Промыть желудок и сделать очистительную клизму с 4% раствором гидрокарбоната натрия.</p> <p>-Натрия гидрокарбонат вводить из расчета: <math>0,3 \times \text{ВЕ} \times \text{МТ}</math>, где ВЕ-дефицит оснований, МТ-масса тела.</p> <p>-Оксигенотерапия 50% увлажненным кислородом.</p> <p>ОАК-гипергемоглобинемия Гиперглюкоземия. Увеличен удельный вес мочи, протеин-, глюкоз и ацетонурия.</p>
--	--	---	--

		<p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>6 \times 10^{12}/л</math>, Нв – 180 г/л, лейкоциты - <math>5 \times 10^9/л</math>, п/я - 6%, с/я - 57%, л -30%, м - 7%, СОЭ – 1 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: сахар крови 20,5 ммоль/л.</p> <p>Исследование КЩС: рН – 7,0, ВЕ – минус 15 мэкв/л.</p> <p>Общий анализ мочи: моча темно желтая, удельный вес 1036, белок – 0.023 промиля, сахар - 10%, ацетон - +++++, лейкоциты- 6-8 в поле зрения, эритроциты- 5-6 в поле зрения.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, тахикардия с частотой сердечных сокращений 128 в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Выраженные нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	
3.	ОПК-1	<p>Мальчик 14-ти лет, поступил в больницу с жалобами на слабость, повышение температуры тела, боли в голеностопных суставах, наличие мелкоочечных высыпаний на ягодицах, боковых поверхностях живота, голених.</p> <p>Мальчик заболел неделю тому назад. Заболевание началось с повышения температуры тела и появления катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Участковый педиатр назначил ребенку Амоксиклав. На фоне его приема появились вышеперечисленные жалобы, и ребенок госпитализирован в ревматологическое отделение.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой беременности. Беременность протекала с гестозом второй половины. Роды срочные в 38 недель, ребенок родился массой 2900 г. и длиной тела 52 см; закричал сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в родильном зале, грудь сосал активно. Выписан из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привит. На первом году развивался правильно: в год весил 10 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 12 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 10 слов. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6</p>	<p>Диагноз: Геморрагический васкулит (Болезнь Шенлейн-Геноха), простая форма (кожный и суставной синдромы), средней степени тяжести.</p> <p>2. Лечение необходимо проводить в стационаре в детском ревматологическом отделении.</p> <p>-Постельный режим до момента исчезновения кожного и суставного синдромов ( 2-3 недели).</p> <p>- Гипоаллергенная диета.</p> <p>-Антиагреганты: Дипиридамол (курантил 5-8мг/кг массы в сутки; или пентоксифилин (Трентал 5-10мг/кг массы тела в сутки) или др.</p> <p>- Антикоагулянты:</p>

		<p>месяцев - овощным пюре, второй – рисовой кашей, третий – кефиром и коровьим молоком.</p> <p>Перенесенные заболевания: с 9 месяцев отмечались частые респираторные заболевания, до 3 лет отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза.</p> <p>Маме 38 лет, здорова. Отцу 42 года, здоров, курит. Бабушка по линии матери и бабушка по линии отца страдают гипертонической болезнью. Бытовые условия удовлетворительные.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Мальчик вял. Кожные покровы бледные, на ягодицах, боковой поверхности живота, на голенях симметричные петехиальные геморрагические высыпания. Зев умеренно гиперемирован. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером 0,7 на 0,5 см, подвижные, безболезненные. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание жесткое, частота дыхания-16 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Голеностопные суставы деформированы, теплые на ощупь, движения в них болезненны. Мочится свободно. Моча светлая - желтая. Стул оформлен без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Нв-105 г/л, Ц.П. –0,88; лейкоциты - <math>11 \times 10^9/л</math>, п/я - 6 %, с/я -70%, л- 20%, м - 4%, СОЭ - 38м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло-желтого цвета, прозрачная, белок – отрицательный, удельный вес 1019, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- 1- 3 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 42%, глобуллины - 58% , сиаловая проба - 280 единиц.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, тахикардия с частотой сердечных сокращений 146 в минуту. Электрическая ось сердца</p>	<p>Гепарин натрия 100-300 ЕД на кг массы тела в сутки подкожно в окологривочную область живота под контролем клинических проявлений и показателей коагулограммы (2-3 недели, можно фраксипарин).</p> <p>-Преднизолон из расчета 1-3 мг на кг массы тела ( при наличии изменений со стороны почек).</p> <p>-Симптоматическое лечение включает: энтеросорбенты ( энтеросгель по 1 столовой ложке 3 раза в день или активированный уголь и др. 5-7дней); очистительные клизмы 2-3 дня; антигистаминные препараты (1,0 мл 0,1% раствора клемастина (Тавегила) или 1,0мл 2,5% раствора хлорпирами на (Супрастина) внутримышечно из расчета 0,1мл на год жизни больного).</p> <p>3. В плане дообследования необходимо выполнить коагулограмму, анализ кала на скрытую кровь, анализ мочи по Нечипоренко. ОАК-анемия легкой степени, ускоренная СОЭ.</p>
--	--	--	---



		<p>расположена вертикально. Нарушения внутрижелудочковой проводимости и процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	
4.	ОПК-1	<p>Катя П.11-ти лет поступила в клинику с жалобами на частые носовые кровотечения, появление на теле синяков без видимых причин.</p> <p>Мама считает девочку больной около двух месяцев. После перенесенной вирусной инфекции ее стали беспокоить носовые кровотечения, которые становились с каждым разом обильнее, кроме носовых кровотечений мама стала замечать на теле ребенка ежедневно свежие экхимозы.</p> <p>Из анамнеза известно, что девочка родилась от второй беременности. Беременность протекала с гестозом второй половины. Роды срочные в 39 недель, ребенок родился массой 3300 г. и длиной тела 54 см; кричал сразу, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложена в родильном зале, грудь сосала активно. Выписана из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привита. На первом году развивалась правильно: в год весила 12 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 12 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 10 слов. До года находилась на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 5,5 месяцев - овощным пюре, второй – рисовой и гречневой кашами, третий – коровьим молоком.</p> <p>Перенесенные заболевания: в раннем возрасте девочка часто болела респираторными заболеваниями, в 3 года перенесла ветряную оспу, в 8 лет – пневмонию.</p> <p>Маме 36 лет, страдает хроническим гастритом, частыми носовыми кровотечениями и склонностью к образованию синяков, без значимой травматизации.</p> <p>Отцу 42 года, здоров, курит.</p> <p>Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой. Бабушка по линии отца страдает гипертонической болезнью.</p> <p>Бытовые условия удовлетворительные. В доме проживает</p>	<p>Диагноз: Идиопатическая (аутоиммунная) тромбоцитопеническая пурпура, острое течение.</p> <p>Осложнения.: Постгеморрагическая гипохромная анемия, легкой степени.</p> <p>2. Лечение необходимо проводить в стационаре в детском гематологическом отделении.</p> <p>-Постельный режим. -Преднизолон 1-2 мг/кг массы тела в сутки 3 недели с постепенной отменой.</p> <p>При стероидрезистентности возможна «пульс-терапия» дексаметазоном – до 6 циклов по 0,5 мг/кг в сутки по 4 дня каждые 28 дней.</p> <p>Можно использовать внутривенный иммуноглобулин (Октагам или Интраглобин или Сандоглобулин 1г/кг массы тела в течение 1-2 дней).</p> <p>При сохраняющихся кровотечениях из слизистых оболочек возможно комбинированное использование ГКК и внутривенного иммуноглобулина.</p>

		<p>кошка.</p> <p>Объективно: самочувствие девочки удовлетворительное, состояние средней тяжести. При осмотре отмечается бледность кожных покровов. На коже рук, ног, пояснице, на ягодицах имеются экхимозы различной степени зрелости размерами до 7см в диаметре. На коже голеней единичные элементы симметричной петехиальной сыпи. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы, мелкие, подвижные, безболезненные при пальпации. Носовое дыхание свободное, перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, частота дыхания 20 в минуту. Частота пульса - 90 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца умеренно приглушены. На верхушке сердца выслушивается систолический шум средней интенсивности, проводящийся на сосуды. Живот мягкий, пальпируются печень и селезенка у края реберной дуги. Мочится свободно, моча светлая. Стул оформлен один раз в сутки без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,5 \times 10^{12}/л</math>, Нв-92г/л, ЦП – 0,8, тромбоциты – <math>80 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>3,8 \times 10^9/л</math>, э-6%, п/я - 3%, с/я - 52%, лимф.-32%, м -7%, СОЭ - 16 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло-желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1015, белок – отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- 1- 2 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 40%, глобулины - 60%, билирубин 19,1мкмоль/л, сахар- 5,3 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, частота сердечных сокращений 90 в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Нарушения внутрижелудочковой проводимости.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>ОАК- анемия 1ст., снижение уровня эритроцитов, тромбоцитопения, ускоренная СОЭ.</p>
5.	ОПК-1	<p>Слава Я. 2-х лет поступил в клинику с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение и извращение</p>	<p>1. Диагноз: Железодефицитная анемия, гипохромная,</p>

		<p>аппетита (ест глину, мел). Настоящие жалобы имеют место около 6 месяцев. Назначенное участковым педиатром лечение мама не выполняла, от госпитализации в стационар отказывалась.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 8 беременности, 4 родов. Беременность протекала на фоне гестоза и анемии во второй половине. Роды в 37 недель, масса при рождении 2200г. оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Мальчик находился на грудном вскармливании до 2 месяцев, затем переведен на искусственное в связи с гипогалактией у мамы. Вскармливание осуществлялось неадаптированными молочными смесями. Соки введены в рацион с 10 месяцев, первый прикорм введен в 1 год манной кашей. В настоящее время в связи с тяжелым материальным положением семьи (родители - безработные) ребенок не получает мясные продукты, питается кашами, картофельными блюдами, соки и фрукты не получает. На первом году отмечалась задержка физического развития: в год весил 8,5 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 8 месяцев, ходит с 14 месяцев. Перенесенные заболевания: в раннем возрасте ребенок часто болел респираторными заболеваниями, в 9 месяцев перенес кишечную инфекцию, в 1,5 года - ветряную оспу.</p> <p>Маме 41 год, страдает хроническим гастритом и анемией. Отцу 48 года, курит, страдает ИБС. Сестра 21 год, здорова. Брат 19 лет, страдает язвенной болезнью. Сестра 5лет, страдает атопическим дерматитом и анемией. Бабушка по линии матери страдает хроническим пиелонефритом. Бабушка по линии отца страдает гипертонической болезнью. Бытовые условия не удовлетворительные. Семья из 6 человек проживает в 3-х комнатной квартире.</p> <p>Объективно: общее состояние ребенка средней тяжести. Мальчик вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, сухие, явления ангулярного стоматита, поперечная исчерченность ногтей, волосы сухие и ломкие. Лимфатические узлы не пальпируются. Тургор подкожной клетчатки снижен. Вес 13.5 кг. Мышечная гипотония. Частота дыхания 26 в минуту.</p>	<p>тяжелой степени.</p> <p>2. Диагноз выставлен с учетом жалоб на повышенную утомляемость, извращение аппетита (ест глину и мел). Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от восьмой беременности, недоношенным, с низкой массой тела (2200 г.). Рано переведен на искусственное вскармливание (в двухмесячном возрасте), прикорм введен в год, мясные продукты не получал. Объективно: бледность кожных покровов, явления ангулярного стоматита, ломкость и сухость волос, поперечная исчерченность ногтей, атрофия сосочков языка, тахикардия. В анализе крови: эритропения 2,6 x 10<sup>12</sup>, гемоглобин 60 г/л, ЦП - 0,65, гипохромия +++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +.</p> <p>3. Детям, находящимся на искусственном вскармливании, первый прикорм вводится в возрасте 5 месяцев (каши гречневая, рисовая, кукурузная), овощной прикорм вводится в 6 месяцев, в 7 месяцев</p>
--	--	--	---

		<p>Аускультативно дыхание везикулярное. Пульс 134 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены, тоны сердца приглушены. На верхушке сердца и на легочной артерии выслушивается систолический шум. Слизистые полости рта бледные, сосочки языка атрофированы. Живот мягкий. Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Расстройства стула в виде запоров. Мочится ребенок свободно, дизурических явлений нет. Менингеальные знаки отрицательны.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>2,6 \times 10^{12}</math> /л; Нв - 60 г/л; Ц.П. - 0,65; лейкоциты- <math>6,6 \times 10^9</math>/л; э-5%; с/я -34 %; л-55%, м-6%, гипохромия +++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. СОЭ 5 мм час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло-желтого цвета, прозрачная, белок -0,033 ‰, удельный вес 1015, белок – отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- 1- 2 в поле зрения.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, частота сердечных сокращений 120 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>необходимо введение мясного прикорма, в 8 месяцев кисломолочного прикорма. Прикормы начинают вводить с малых доз, доводя до 150-200 мл за 10-14 дней. При введении прикорма должна сохраняться физиологическая прибавка массы тела, отсутствовать патологические изменения со стороны кожных покровов и органов ЖКТ, сохраняться хороший эмоциональный тонус ребенка и резистентность к заболеваниям.</p> <p>4. Лечение необходимо проводить в стационаре в детском отделении.</p> <p>-Препараты железа (Актиферин сироп для приема внутрь 34мг Fe 2+ 5 мл) первый месяц лечения из расчета 3 мг/кг массы тела в сутки- 5мл 2 раза в день). Контроль показателей крови каждые 10-14 дней до их нормализации. Через месяц переход на терапию препаратами железа в дозе, составляющей ½ от первоначальной дозы. Терапию продолжать до 6 месяцев. Критерием адекватности выбранной дозы является прирост</p>
--	--	--	--

			гемоглобина на 0,5 г/л в день. Критерием излечения от ЖДА считается нормализация сывороточного ферритина (>30нг/нг).
6.	ОПК-1	<p>Мальчик 14 лет доставлен в клинику машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, жажду, обильные и частые мочеиспускания, одышку, рвоту. Мальчик болен сахарным диабетом с 8 летнего возраста. Утром получает инъекции инсулина (60 ед.). Неделю назад перенес вирусную инфекцию. Последние 3 дня у ребенка отмечается ухудшение самочувствия, появились вышеперечисленные жалобы. Сегодня утром у мальчика дважды была рвота, после чего была вызвана «Скорая помощь» и ребенок был госпитализирован.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 2 беременности, 2 родов. Беременность протекала на фоне гестоза во второй половине. Роды в 36 недель, масса при рождении 2100г., оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Мальчик находился на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у мамы. Вскармливание осуществлялось адаптированными молочными смесями. Прикормы введены своевременно.</p> <p>Развивался ребенок правильно: в год весил 9,5 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 7 месяцев, ходит с 14 месяцев. Перенесенные заболевания: в раннем возрасте ребенок часто болел респираторными заболеваниями, в 4 года перенес ветряную оспу, в 5 лет эрозивный гастродуоденит.</p> <p>Маме 39 лет, страдает ревматоидным артритом.</p> <p>Отцу 40 лет, здоров.</p> <p>Сестра 11 год, здорова.</p> <p>Бабушка по линии матери страдает ИБС. Бабушка по линии отца страдает гипертонической болезнью.</p> <p>Бытовые условия удовлетворительные.</p> <p>Объективно: Состояние ребенка тяжелое, мальчик вялый, сонливый, на</p>	<p>1. Диагноз: Сахарный диабет, диабетическая кетоацидотическая кома, I стадия (компенсированная).</p> <p>2. Основными клиническим симптомами сахарного диабета являются: полиурия, полидипсия, снижение массы тела ребенка, слабость, повышенный аппетит.</p> <p>Лабораторными критериями являются: уровень глюкозы в случайной пробе крови <math>\geq 11,1</math> ммоль/л или уровень глюкозы в плазме натощак (минимум 8 часов после еды) не менее, чем в двух исследованиях в разные дни <math>\geq 7,01</math> ммоль/л, или уровень глюкозы в плазме, или в капиллярной крови через 2 часа после приема глюкозы (1,75 г/кг массы тела, но не более 75 г) <math>\geq 11,1</math> ммоль/л.</p> <p>3. Лечение: Госпитализация в эндокринологическое отделение.</p> <p>- Инфузионная терапия: физиологический раствор, раствор</p>

		<p>вопросы отвечает медленно. Рост – 164 см, вес 58 кг. Телосложение правильное. Кожные покровы сухие, на лице румянец. Слизистые ротовой полости сухие. Тургор тканей снижен. Специфический запах ацетона изо рта. Дыхание глубокое – 30 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет.</p> <p>Пульс 140 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены. АД 130 и 90 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочится редко. Стул был вчера, оформленный. Сегодня стул был после клизмы.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,6 \times 10^{12}</math> /л; Нв - 146 г/л; Ц.П. – 0,9; лейкоциты- <math>9,6 \times 10^9</math>/л; э-5%; с/я -65 %; л-25%, м-5%. СОЭ 25 мм час.</p> <p>Глюкоза крови – 16 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, удельный вес– 1034, сахар в моче ++, белок 0,033 промиля, ацетон ++.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, частота сердечных сокращений 120 в минуту. Электрическая ось сердца вертикальная. Выраженные нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>Рингера, 5% раствор глюкозы в соотношении 1:1 в объеме 10% от массы тела (3200 мл). - - Инсулин короткого действия (Актропид, Хоморап и др.) вводить внутривенно в дозе 0,1 ЕД/кг/час в течение 3-5 часов, далее по 0,1-0,3 ЕД/кг каждые 4-5 часов под контролем уровня глюкозы к крови и моче.</p> <p>- Оксигенотерапия.</p> <p>- Для улучшения функции печени – Эссенциале-форте; витамины В12, В6, витамин Е.</p> <p>ОАК- снижение уровня эритроцитов, ускоренная СОЭ. Гиперглюкоземия.</p> <p>ОАМ- повышен удельный вес мочи, глюкоземия, протеинемия, ацетонурия.</p>
7.	ОПК-1	<p>Девочка 3,5 лет, доставлена в приемное отделение КБГМУ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C – 40°C в течение 5 дней, слабость, полиморфные высыпания на теле.</p> <p>Анамнез заболевания: ребенок поступил на 5 день заболевания. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38,5°C – 39°C, беспокоила слабость, редкое покашливание. Амбулаторно осмотрена участковым врачом, применяли жаропонижающие препараты, которые оказывали кратковременный эффект. На 4 день заболевания назначена суспензия «Амоксиклав» в возрастной дозе, на фоне приема которой через 11-12 часов появились пятнисто-папулезные высыпания. Ребенок доставлен врачом СМП в КБГМУ.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от 1</p>	<p>В ОАК отмечается снижение уровня гемоглобина, тромбоцитов, значительная лимфопения (с учетом физиологических нормативов).</p> <p>В ОАМ - незначительная протеинурия, лейкоцитурия, повышение удельного веса мочи.</p> <p>В биохимическом анализе крови – снижение уровня общего белка, глюкозы, повышение уровня АЛТ, АСТ,</p>

		<p>физиологически протекавшей беременности, роды в 38 недель, естественным путем. Мт при рождении – 2700,0 г., рост – 49 см. Закричала сразу, оценка о шкале Апгар – 8-9 баллов, к груди приложена на 1 сутки, сосала активно. В роддоме проведена вакцинация БЦЖ, выписана на 5 сутки. Через 2 недели после рождения – перевод на искусственное вскармливание. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка идет соответственно возрасту. Профилактическая вакцинация проведена согласно Национальному календарю профилактических прививок. Реакция Манту за полгода до настоящего заболевания – отрицательная. Ребенок в течение полугода посещал детский сад.</p> <p>Аллергоанамнез: до настоящего заболевания аллергических реакций у ребенка не отмечалось. Эпиданамнез: ребенок месяц назад приехал к бабушке из Москвы. Дома, где проживает в настоящее время ребенок, болен дядя, который заболел через 2 дня после заболевания девочки, проходит амбулаторное лечение с диагнозом: Острый тонзиллит, на фоне приема антибактериального препарата отмечается улучшение самочувствия. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Гемотрансфузии отрицает.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, вялая. Положение физиологическое, сознание ясное, t- 38,7°C, Sa O2 – 98%. Кожные покровы бледные, на лице – в области век, губ, шее, ладонях и стопах – крупнопятнистые, полиморфные элементы сыпи, сухость и шелушение вокруг губ. На груди и спине – пятнисто-папулезные элементы сыпи., местами сливающиеся. Зев - умеренно гиперемирован. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Периферические лимфоузлы: пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы в диаметре 0,5x0,5 см с обеих сторон. Перкуторно – над легкими звук не изменен, границы относительной сердечной тупости соответствуют возрастным нормам. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум по левому краю грудины. ЧД – 34-35 в мин. Пульс – 138</p>	<p>СРБ, КФК. КФК-МВ, ЛДГ, мочевины, По результатам рентгенографии ОГК – признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии, увеличение размеров сердца. По данным ЭКГ – синусовая тахикардия и признаки метаболических нарушений в миокарде. Для уточнения диагноза необходимо оценить результаты мазка из зева на флору и короновирусную инфекцию, провести КТ ОГК, ЭХО-КГ, иммунологическое обследование – ИФА на АнТ к герпес-вирусным инфекциям, внутриклеточным инфекциям, иммунограмму. Диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, острое течение, тяжелой степени, ДН Осложнение: Инфекционный миокардит, средней степени тяжести, острое течение. НК 0-1. Токсико-аллергический дерматит. Диагноз выставлен на основании жалоб пациентки на стойкий гипертермический синдром,</p>
--	--	---	--

		<p>ударов в минуту. Артериальное давление - 105/58 мм рт. ст. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Стул оформленный.</p> <p>Врачом приемного покоя назначено обследование: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, мазок из зева на флору, мазок из зева и носа на короновирус, рентенография ОГК, ЭКГ, анализ кала на копрологию. Назначена терапия: Парацетамол из расчета 10 мг/кг Мт на прием при температуре выше 38,5°C, антибактериальная терапия - Цефтриаксон из расчета 70 мг/кг Мт в сутки в 2 приема, супрастин 0,5 мл внутримышечно, преднизолон- из расчета 2 мг/кг Мт внутримышечно.</p> <p>Результаты дополнительных методов обследования:</p> <p>Общий анализ крови: Эр- <math>4,72 \times 10^{12}/л</math>, НЬ-117 г/л, Тромб.- <math>91,1 \times 10^9/л</math>, Лейк - <math>7,57 \times 10^9/л</math>, нейтр – 89,8%, л – 8,13%, м – 1,96%, СОЭ -6 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – темно-желт., удельный вес - 1030, рН – 6,0, белок – 0,033, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты -5-7 в п/з, эпителий – 3-4 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр., цилиндры – нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, глюкоза – 3,69 ммоль/л, мочевины - 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 6,1 мкмоль/л, АЛТ – 115,8Ед/л, АСТ – 93,2 Ед/л, СРБ – 60г/л, мочевины – 6,9 ммоль/л, креатинин – 55 ммоль/л, ЛДГ – 502 Ед/л, КФК – 169 Ед/л, КФК – МВ – 35 Ед/л, тропонин – отрицательный.</p> <p>ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 158 уд. в мин. ЭОС вертикальная, Нарушение метаболических процессов в миокарде.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>покашливание, выраженную слабость, вялость, данных анамнеза (ребенок болен 6 день, на фоне проводимой посиндромной терапии отсутствует положительная динамика в состоянии ребенка) и данных проведенного обследования. Сопутствующий диагноз установлен с учетом данных анамнеза – появление высыпаний после приема антибактериального препарата данных объективного осмотра.</p>
8.	ОПК-1	<p>Катя 9 лет доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с жалобами на головную боль, жажду, сухость во рту, кожный зуд, рвоту, боли в животе, редкие и скудные мочеиспускания. Настоящие жалобы появились неделю назад на фоне острой респираторной инфекции. Лечение острой респираторной инфекции</p>	<p>Диагноз: Хронический первичный пиелонефрит, период обострения, тяжёлая степень тяжести. Осложнение: хроническая</p>



		<p>проводилось амбулаторно, использовалась фитотерапия.</p> <p>Из анамнеза известно, что девочка с трёх лет находится под наблюдением по поводу хронического пиелонефрита. Рекомендации врачей по лечению ребенка родители выполняют в неполном объеме, неоднократно отказывались от стационарного лечения. Год назад девочке была проведена экскреторная урография, при этом какие-либо признаки обструкции мочевой системы выявлены не были.</p> <p>При поступлении состояние девочки тяжелое. Масса тела - 29 кг. Девочка беспокойна. Температура тела – 38<sup>0</sup>С. Во время осмотра повторилась рвота содержимым желудка. Выявляются пастозность лица, голеней, передней брюшной стенки. Кожные покровы бледно-серые, сухие. Подкожно-жировой слой развит относительно удовлетворительно. Пальпируются единичные, эластичные, мелкие, подвижные, безболезненные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы. Костно-мышечная система без явных патологических отклонений. Дыхание - глубокое, с большими паузами. При перкуссии над лёгкими ясный лёгочный звук, аускультативно – жёсткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца глухие, экстрасистолия. ЧСС 96 ударов в минуту. АД 115/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, имеются кариозные зубы. В зеве – слабая гиперемия. Живот доступен пальпации, печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют. За день девочкой выделено 100 мл мочи. Стул жидкий водянистый, без патологических примесей.</p> <p>В общем анализе крови: эр. - <math>3,4 \times 10^{12}/л</math>; Нв – 86 г/л; L - <math>20,0 \times 10^9/л</math>; СОЭ 38 мм/ч. Лейкоцитарная формула: п/я 10%, нейтр. 72%, эоз. 5%, лимфоциты 13%.</p> <p>В биохимическом анализе крови: калий плазмы – 6,5 ммоль/л; кальций - 1,8 ммоль/л; натрий - 118 ммоль/л; магний – 3</p>	<p>почечная недостаточность, вторая стадия. Сопутствующий диагноз: Анемия смешанной этиологии. Кариес зубов.</p> <p>2. Основными направлениями консервативной терапии хронической почечной недостаточности являются диетотерапия (устранение белково-энергетической недостаточности, ограничение потребления продуктов с высоким содержанием натрия, калия, фосфора), коррекция артериальной гипертензии, анемии, метаболических нарушений (гиперкалиемия, гипонатриемия, метаболического ацидоза). Ещё одной важной составляющей консервативной терапии является нивелирование отставания в физическом развитии детей с ХПН.</p> <p>3. Неотложная терапия.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Устранение явлений гипергидратации: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Необходимо обеспечить больному адекватный жидкостный режим, при этом объём суточной жидкости складывается из</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---	---

		<p>ммоль/л; мочева́я кислота – 160 мкмоль/л, мочеви́на – 33 ммоль/л; креатинин – 344 мкмоль/л; дефицит оснований ВЕ – 12 ммоль/л. Клубочковая фильтрация - 19 мл/мин.</p> <p>В общем анализе мочи: цвет светло-желтый, реакция – кислая, белок – 0,38 ‰, уд. вес - 1005. Микроскопия осадка мочи: лейкоциты - сплошь в поле зрения, гиалиновые цилиндры +, эритроциты 4-5 в поле зрения, бактерии +++++.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>суммы персперативных потерь (0,5 мл/кг/ч), патологических потерь с рвотой и диареей, а также величины диуреза за предыдущие сутки. Основной инфузионной средой является 5 % раствор глюкозы.</p> <p>- Обязательным компонентом борьбы с гипергидратацией является попытка восстановления диуреза путём введения 1% раствора лазикса в/в из расчёта 3-4 мг/кг (до 6 мг/кг). При отсутствии эффекта в течение первых двух часов с момента введения лазикса, дальнейшее введение этого препарата является нецелесообразным. Ликвидация метаболических нарушений.</p> <p>А. Борьба с электролитными нарушениями, в первую очередь, с гиперкалиемией:</p> <p>- Назначают приём внутрь препарата йонообменной смолы 0,5-1,0 г/кг в сочетании с 70 % раствором сорбитола 0,5 мл/кг каждые 4-6 часов.</p> <p>- Вводят 10 % раствор глюконата кальция из расчёта 0,5-1 мл/кг массы в/в медленно в течение 5 – 10 минут.</p> <p>- Вводят 10-20 %</p>
--	--	---	---

			<p>раствор глюкозы (0,5 г/кг) с инсулином (1 МЕ инсулина на 4 г глюкозы) в/в капельно в течение 30 минут.</p> <p>Б. Устранение метаболического ацидоза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначают приём внутрь 2 - 4 % раствора натрия гидрокарбоната из расчёта 1-2 ммоль/кг в 4-6 приёмов.</li> <li>- Проводят промывание желудка 2 % раствором гидрокарбоната натрия, а также ставят высокую сифонную очистительную клизму.</li> <li>- При выраженном ацидозе вводят 1,4 % раствор натрия гидрокарбоната в/в капельно из расчёта: количество 1,4 % раствора натрия гидрокарбоната (мл) = BE (ммоль/л) x масса больного (кг).</li> </ul> <p>• С целью воздействия на причинно-значимые факторы хронического пиелонефрита назначают antimicrobные препараты из ряда aminopenicillins, cephalosporins 3-4 поколения, carbapenems.</p> <p>4. В случае усиления явлений гипергидратации (патологическая прибавка в массе тела</p>
--	--	--	--

			<p>более 5 - 7 % в сутки, неконтролируемая артериальная гипертензия), при развитии генерализованных судорог, отёка лёгких, головного мозга, при нарастании других неврологических симптомов уремической интоксикации, а также в случае стойкого сохранения на фоне прогрессирующего ацидоза высоких показателей азотемии, в частности, мочевины (выше 40-50 ммоль/л), креатинина (выше 500 мкмоль/л) и гиперкалиемии (более 7,5 ммоль/л) больной переводится на гемодиализ.</p>
--	--	--	---

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

На открытое задание рекомендованное время – 20 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-3	<p>Мальчик 9 лет поступил в детское отделение с жалобами на снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести и продолжительные тупые ноющие боли в правом подреберье, возникающие чаще после употребления жареной или жирной пищи.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребёнок на первом году страдал гипоксически-</p>	<p>Основной диагноз: первичная дискинезия желчевыводящих путей, гипотонически-гипокинетическа</p>

	<p>ишемическим поражением ЦНС с вегетовисцеральными пароксизмами и дисбиозом толстого кишечника, в возрасте 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание. Бабушка по материнской линии страдает хроническим холециститом, мама ребёнка – расстройством вегетативной нервной системы.</p> <p>При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система – без патологических отклонений. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца - ясные, ритмичные, ЧСС 86 ударов в минуту. Язык влажный, обложен тонким белым налётом. Зубы санированы. Зев – без патологических изменений. При пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара и правом подреберье. Нижний край печени пальпируется на 1,5 см ниже края правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Определяются положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Стул и моча обычной окраски. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.</p> <p>В общем анализе крови: эр. – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>; Нв-128 г/л; L - <math>6,5 \times 10^9/л</math>; э-5%; с/я -65 %; л-25%, м-5%. СОЭ 5 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок – 75 г/л, общий билирубин – 8 мкмоль/л, АЛТ-13 ед/л, АСТ-20 ед/л, щелочная фосфатаза – 400 ед/л, СРБ - отр.</p> <p>При проведении ФГДС патологические изменения со стороны верхних отделов пищеварительного тракта не выявлены.</p> <p>После дуоденального зондирования печень стала пальпироваться у края реберной дуги. При микроскопическом исследовании дуоденального содержимого в порции А обнаружены вегетативные формы лямблий.</p> <p>По данным ультразвукового исследования, печень однородная, имеет ровные контуры, обычную топику и нормальные размеры; желчный пузырь обычной топики,</p>	<p>я форма. Сопутствующий диагноз: лямблиоз кишечника.</p> <p>2. Диетотерапия выявленных заболеваний проводится с исключением свежей выпечки, продуктов и блюд, содержащих экстрактивные вещества, эфирные масла, трудно перевариваемые тугоплавкие жиры. Ограничивают кондитерские изделия с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов. Рекомендуются кисломолочные продукты, нежирные сорта мяса и рыбы, продукты с высоким содержанием растительных жиров, «серые» каши, овощи, фрукты, подсушенный пшеничный хлеб.</p> <p>Терапия основного заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначается курсами в возрастных дозировках по 10-14 дней холекинетическа</li> </ul>
--	---	---

		<p>изогнутой конфигурации, увеличен в объеме, толщина стенок 2 мм, после дачи желчегонного завтрака объём желчного пузыря уменьшился меньше, чем на треть. При ультразвуковом исследовании остальных органов брюшной полости патология не выявлена.</p> <p>В общем анализе мочи: уд.вес - 1022, реакция – кислая, белок – отр., лейкоциты – ед. в п/зр., оксалаты +.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>я терапия (5-10 % раствор магния сульфата, ксилит, сорбит).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществляются зондирования по Демьянову 2 раза в неделю с минеральной водой.</li> <li>• Проводятся физиотерапевтические процедуры (ультразвук низкой интенсивности, синусоидальные модулированные токи на место проекции желчного пузыря, электросон).</li> <li>• Применяется лечебная физкультура стимулирующего типа.</li> <li>• Назначается приём внутрь минеральных вод высокой и средней минерализации (Ессентуки № 17, Боржом, Моршанская и др.).</li> </ul> <p>Этиотропную терапию лямблиоза в детском возрасте целесообразно проводить нифурателем в дозе 10-15 мг\кг\сут 7-10 дней или албендазолом в дозе 15 мг\кг\сут 5 дней.</p>
--	--	---	---

			В ОАМ-оксалурия.
2.	ОПК-3	<p>Аня П. 8 лет поступила в клинику с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,8 °С, появление пастозности век и умеренных отеков на ногах.</p> <p>Из анамнеза известно, что около 2 недель назад девочка перенесла острый фарингит (J02), лечилась амбулаторно, рекомендацию участкового врача сдать анализы крови и мочи родители не выполнили. Три дня тому назад на фоне переохлаждения у ребенка повысилась температура тела, появились головные боли, отеки на ногах и лице. Девочка направлена в стационар.</p> <p>При поступлении в клинику состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, определяются пастозность лица, поясницы, умеренные отеки на голених. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система – без патологических отклонений. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно - в нижних отделах легких выслушиваются единичные рассеянные незвучные влажные хрипы, частота дыхания 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона над аортой, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 150/85 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налётом. Зубы санированы. В зеве – умеренная гиперемия, миндалины рыхлые, гипертрофированные до II степени. Отмечается умеренная разлитая болезненность при пальпации живота. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Резко положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Девочка мочится редко и малыми порциями. Отмечается покраснение и помутнение мочи. Суточное количество мочи 240 мл. Стул оформлен, без патологических примесей. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.</p> <p>В общем анализе крови: эр.-3,95x10<sup>12</sup>/л, Нв-120 г/л, ц.п.-0,8; лейкоциты-8,9 x10<sup>9</sup>/л, п/я - 2%, с/я 62%, л-28%, м-8%, СОЭ 25 мм/час.</p> <p>В общем анализе мочи: уд. вес - 1033, белок - 0,3 ‰, лейкоциты 5-7 в поле зрения,</p>	<p>Диагноз: острый постстрептококковый гломерулонефрит, нефритическая форма, период развернутой клинической картины.</p> <p>Осложнение: острая почечная недостаточность, ренальный тип, олигоанурическая стадия.</p> <p>Острый постстрептококковый гломерулонефрит, помимо нефритической формы, может иметь нефротическую или смешанную форму, а также протекать с изолированным мочевым синдромом.</p> <p>Лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Постельный режим на весь период развёрнутых экстраренальных проявлений.</li> </ul> <p>Антибиотикотерапия проводится при наличии острой или обострении хронической стрептококковой инфекции.</p> <p>Назначают на 8-10 дней антимикробный препарат из ряда</p>

		<p>выщелоченные эритроциты, гиалиновые цилиндры, зернистые цилиндры - в большом количестве.</p> <p>ЭКГ - синусовая тахикардия, ЭОС отклонена влево, усиление потенциалов левого желудочка, нарушение процессов реполяризации.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок - 68 г/л, общий холестерин - 4,1 ммоль/л, антистрептолизинО – 800 МЕ, калий плазмы – 5,4 ммоль/л; кальций - 1,9 ммоль/л; натрий - 123 ммоль/л; магний – 3,2 ммоль/л; мочевины – 18 ммоль/л; креатинин – 192 мкмоль/л; дефицит оснований ВЕ – 12 ммоль/л.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>пенициллинов, макролидов, реже - цефалоспоринов 1-2 поколения.</p> <p>Терапия ОПН проводится по нескольким направлениям:</p> <p>Устранение явлений гипергидратации путём обеспечения адекватного жидкостного режима (объём суточной жидкости складывается из суммы персперативных потерь, патологических потерь с рвотой и диареей, а также величины диуреза за предыдущие сутки) и проведения мероприятий по восстановлению диуреза (введение 1% раствора лазикса в/в из расчёта 3-6 мг/кг).</p> <p>Ликвидация гиперкалиемии с помощью назначения внутрь препарата ионообменной смолы в сочетании с 70 % раствором сорбитола каждые 4-6 часов, внутривенного введения 10 %</p>
--	--	---	--



			<p>раствора          глюконата          кальция (из          расчёта 0,5-1          мл/кг массы),          внутривенного          введения 10-20 %          раствора          глюкозы (0,5          г/кг) с инсулином          (1 МЕ инсулина          на 4 г глюкозы),          проведения          мероприятий по          купированию          метаболического          ацидоза – приёма          внутрь 2 - 4 %          раствора натрия          гидрокарбоната          (из расчёта 1-2          ммоль/кг в 4-6          приёмов),          промывания          желудка 2 %          раствором          гидрокарбоната          натрия, в          тяжёлых случаях          - внутривенного          введения 1,4 %          раствора натрия          гидрокарбоната          (из расчёта:          количество 1,4 %          раствора натрия          гидрокарбоната          (мл) = BE          (ммоль/л)х масса          больного (кг)).          При нарастании          неврологических          симптомов          уремической          интоксикации,          углублении          комы, в случае          усиления          явлений          гипергидратации          (патологическая          прибавка в массе</p>
--	--	--	--

			<p>тела более 5 - 7 % в сутки), при развитии генерализованных судорог, отека легких и головного мозга, а также в случае стойкого сохранения высоких показателей азотемии, в частности, мочевины (выше 40-50 ммоль/л), гиперкалиемии (более 7,5 ммоль/л), при нарастающем ацидозе больной переводится на гемодиализ.</p>
3.	ОПК-3	<p>Алия У. 10 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, болезненность и припухлость обоих коленных суставов.</p> <p>Из анамнеза известно, что две недели назад девочка перенесла острый фарингит (J02). В амбулаторных условиях был назначен бактрим на 5 дней, проводились полоскания горла отварами трав. Через 10 дней самочувствие ребенка нормализовалось, девочка стала посещать школу. Последнюю неделю мама отмечала повышенную утомляемость ребенка, появились жалобы на умеренно выраженные, летучие боли в крупных и средних суставах рук и ног. Вчера вечером повысилась температура тела, и появились припухлость, боли в левом коленном суставе, утром - отечность и боли в правом коленном суставе. Установлено, что бабушка по линии отца страдает пороком сердца.</p> <p>При осмотре состояние девочки тяжелое. Температура тела 38,8 °С. Положение вынужденное, кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Пальпируются единичные, эластичные, подвижные, безболезненные подчелюстные (размером 1,0x1,5 см), подмышечные (размером 0,5x0,8 см) и паховые (размером 0,5x0,5 см) лимфатические узлы.</p>	<p>Диагноз: острая ревматическая лихорадка I, активная фаза, II степень активности, эндокардит, артрит коленных суставов, острое течение, НКПА. При острой ревматической лихорадке диетотерапия предполагает ограничение потребления жидкости до объема, составляющего 3/4-2/3 от суточной возрастной нормы, ограничение соли до 0,5 – 1,0 г/сутки, а также включение в рацион</p>

		<p>Коленные суставы отечные, активные движения в них болезненные, над суставами отмечается местная гипертермия. Частота дыхания 25 в минуту. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 124 ударов в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии, тоны сердца - глухие, на верхушке и в 5 стандартной точке выслушивается «дующий» систолический шум средней интенсивности. Шум лучше выслушивается в положении больной на левом боку, проводится в левую аксиллярную область и под лопатку слева. Язык влажный, обложен тонким белым налётом, имеются кариозные зубы. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные до 2 степени. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Ребенок мочится свободно, диурез - 1000 мл/сутки. Стул оформлен. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.</p> <p>В общем анализе крови: эр. - <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, НВ - 121 г/л, лейкоциты - <math>15,4 \times 10^9/л</math>, п/я- 4%, с-72 %, л-18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.</p> <p>В биохимическом анализе крови: серомукоиды - 48 усл. ед., СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.</p> <p>ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.</p> <p>В общем анализе мочи: уд.вес - 1015, реакция – кислая, белок 0,033%, лейкоциты – ед. в п/зр., ураты +.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>продуктов, содержащих большое количество калия.</p> <p>Медикаментозное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пенициллин в/м из расчета 50 000 ЕД на 1 кг массы тела в сутки в течение 7-10 дней.</li> <li>• Ибупрофен по 200 мг 3 раза в день 10 дней, при отсутствии положительной динамики назначается преднизолон внутрь из расчёта 0,5-1 мг на кг массы в сутки до снижения клинической и лабораторной активности ревматического процесса с постепенной отменой препарата.</li> <li>• Фуросемид внутрь 1 – 3 мг/кг массы тела в сутки; возможно внутривенное введение препарата в дозе 0,5 – 1,5 мг/кг массы тела в сутки (максимум до 6 мг/кг массы тела в сутки).</li> <li>• Препараты калия после нормализации атриовентрикулярной</li> </ul>
--	--	---	---

			<p>проводимости. ОАК-лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Б/х анализ крови диспротеинемия, есть антистрептолизин О, СРБ. В ОАМ ураты.</p>
4.	ОПК-3	<p>Мальчик 4,5 месяцев доставлен в клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на беспокойство, кашель с пенистой мокротой, выраженную одышку.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение состояния ребёнка наступило после очередного кормления грудью. Со слов мамы, во время кормлений мальчик всегда быстро уставал, сосал грудь с перерывами. В 4 месяца после проведения комплексного обследования у ребёнка диагностирован врожденный порок сердца.</p> <p>Ребёнок рождён от второй беременности, протекавшей на фоне гестоза первой половины, водянки беременных, анемии беременных II степени. Во время беременности дважды (в I и III триместрах) женщина перенесла ОРЗ с высокой лихорадкой, получала антимикробную и противовоспалительную терапию. Роды в 37 недель, со стимуляцией. Масса при рождении – 2230 г, длина тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В периоде новорождённости диагностирована внутриутробная инфекция (ринит, конъюнктивит), неонатальная желтуха, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.</p> <p>При осмотре в приёмном покое состояние ребенка крайне тяжелое, ребенок беспокоен. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой развит несколько недостаточно, отмечается снижение его толщины на уровне живота. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система – без явных патологических отклонений. Периферические отёки не определяются. Отмечается влажный кашель с отхождением пенистой мокроты. Частота дыхания 72 в минуту. Дыхание – с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание ослаблено по всем лёгочным полям.</p>	<p>Диагноз: Врожденный порок сердца, открытый артериальный проток. Осложнение: острая сердечная недостаточность по левожелудочковому типу (отек легких).</p> <p>2.Ребёнок должен быть экстренно госпитализирован в реанимационное отделение.</p> <p>3.Мониторинг гемодинамических показателей больного. Придание больному возвышенного положения верхней половины тела. Ингаляция кислорода, пропущенного через 60 % спирт, в течение 30 мин. 1 % раствор лазикса из</p>

		<p>Выслушиваются обильные рассеянные мелкопузырчатые хрипы, преимущественно в задненижних отделах лёгких. Пульс слабого наполнения. ЧСС 178 ударов в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца глухие. Над всей областью сердца определяется грубый машинный систолодиастолический шум. Язык чистый. Зев – без патологических изменений. Живот мягкий, доступен пальпации, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул - жёлтый, кашицеобразный, с небольшим количеством непереваренных комочков.</p> <p>В общем анализе крови: эр. - <math>3,8 \times 10^{12}/л</math>, НВ - 111 г/л, лейкоциты - <math>15,4 \times 10^9/л</math>, п/я- 4%, с-12 %, л-78%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.</p> <p>На рентгенограмме - снижение прозрачности легочных полей, КТИ 60%.</p> <p>ЭКГ: синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушение процессов реполяризации.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>расчёта 0,5 - 1,5 мг/кг массы тела в сутки в/в.</p> <p>Промедол 0,1 мл на год жизни в/м.</p> <p>0,05 % раствор строфантина из расчёта 0,01 мг/кг/сутки в/в капельно.</p> <p>При нарастании сердечной недостаточности под непрерывным мониторным контролем АД и ЭКГ в/в с помощью шприцевого дозатора добутамин в дозе 2-10 мкг/кг/мин или допамин в дозе 5 - 10 мкг/кг/мин.</p> <p>При отсутствии эффекта - ИВЛ.</p> <p>В последующем применяются сердечные гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ короткого действия. После полного клинико-инструментального обследования ребёнка и достижения стабилизации его гемодинамических показателей экстренно решается вопрос об оперативном лечении.</p> <p>ОАК-лейкоцитоз, ускорение СОЭ.</p>
--	--	---	---

5.	ОПК-3	<p>Больная, 7 месяцев, поступила в детское отделение с жалобами, со слов мамы, на вялость, снижение аппетита, бледность, однократную рвоту, высокую температуру тела (38-38,5 °С), беспокойство при мочеиспускании в течении 3-х дней.</p> <p>Из анамнеза известно, что в амбулаторных условиях девочка лечилась жаропонижающими препаратами и бисептолом по 120 mg 2 раза в день. Состояние не улучшилось, больная направлена в стационар.</p> <p>Ребенок родился от I доношенной беременности, протекавшей на фоне гестоза I половины, анемии легкой степени, ОРВИ и угрозы прерывания в первой половине беременности. В период новорожденности ребенок перенес двустороннюю очаговую пневмонию, гнойный конъюнктивит, в 5 месяцев-острое респираторное заболевание, в 6 месяцев – острую кишечную инфекцию. С трех месяцев находится на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. Наследственность отягощена: у мамы ребенка хронический пиелонефрит, у бабушки со стороны матери - мочекаменная болезнь.</p> <p>При объективном обследовании состояние средней тяжести. Масса тела 8 кг. Температура тела 38 °С. У девочки выявляется бледность кожных покровов, умеренная пастозность век, снижение тургора тканей. Подкожно-жировой слой развит относительно удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система – без патологических отклонений. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно – пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД - 35 в минуту. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 130 ударов в минуту. Язык влажный, чистый. В зеве – лёгкая гиперемия слизистой нёбных миндалин, налётов нет. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания - сомнительный с обеих сторон. Стул кашицеобразный до 2-3 раз в сутки, моча мутная. Диурез – адекватный. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.</p> <p>В общем анализе крови – эр. <math>4,3 \cdot 10^{12}/л</math>, Нб 101 г/л, Ц.п. - 0,78, лейкоциты – <math>14,0 \cdot 10^9/л</math>, п</p>	<p>Диагноз: Острый пиелонефрит активная стадия, средняя степень тяжести, без нарушения функции почек.</p> <p>Соп.: Анемия гипохромная I степени.</p> <p>Дисметаболическая нефропатия.</p> <p>Критерии обоснования диагноза: отягощенная наследственность, перенесенные инфекционные заболевания в период новорожденности и (антибиотикотерапия), наличие в клинической картине синдрома интоксикации, дизурии; мочевого синдром (лейкоцитурия, бактериурия), гипостенурия, воспалительные изменения крови.</p> <p>Этиология: в 80% случаев E.coli. Патогенез: путь проникновения в почки - транслокационный, уриногенный (восходящий).</p> <p>Возможные предрасполагающие факторы: пороки развития почек, дисметаболическ</p>
----	-------	--	---

		<p>– 4%, с – 51%, л - 37%, м – 8%; СОЭ – 35 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок - 68 г/л, общий холестерин - 3,5 ммоль/л, антистрептолизин О – 200 МЕ, калий плазмы – 4,0 ммоль/л; кальций - 2,2 ммоль/л; натрий - 128 ммоль/л; мочевины – 6,2 ммоль/л; креатинин – 60 мкмоль/л, СРБ 12 мг/л.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес 1004, белок 0,165%, лейкоциты 20-25 в поле зрения, плоский эпителий 4-6 в поле зрения, бактерии +++++, соли оксалаты ++.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>ая нефропатия, пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы. Этапы развития: адгезия возбудителя на уроэпителии=&gt;активация иммунной системы=&gt;воспаление, «респираторный взрыв»=&gt;повреждение собственной почечной ткани=&gt;агрегация гранулоцитов в почечных капиллярах=&gt;локальная ишемия, усугубление гипоксии почечной ткани, воспаление интерстиция=&gt;формирование склероза.</p> <p>Б/х анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, СРБ, серомукоиды, калий, натрий), анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, анализ мочи на микробное число, бактериологический анализ мочи, повторные анализы мочи ежедневно, в том числе для исключения оксалатной дизметаболической нефропатии,</p>
--	--	---	---

			<p>суточная экскреция оксалатов, УЗИ органов брюшной полости, после установления клинико-лабораторной ремиссии проведение экскреторной урографии. Показания для экскреторной урографии: продолжительность процесса не менее 12 мес, мочевого синдром, синдром пальпируемой опухоли в животе, нефрогенная гипертензия, дизурия, болевой синдром, рецидивы токсикоза неясной этиологии, пороки развития наружных половых органов и аноректальной области.</p> <p>Лечение: Цефалоспорины III поколения (цефосин, цефтриаксон) в возрастной дозировке (50-100 мг/кг) или амоксициллин/клавуланат (40 мг/кг по амоксициллину) - 10-14 дней; Дезинтоксикация</p>
--	--	--	--



			<p>(per os- растворы смекты, регидрона; внутривенно капельно – глюкозо-солевые растворы 10-20 мл/кг).</p> <p>Антипиретики: парацетамол, ибупрофен – 10 мг/кг – на прием – до 4 раз в сутки.</p> <p>После окончания курса антибиотикотерапии антибактериальные препараты из группы нитрофуранов, 8-оксихинолинов (фурагин 4-6 мг/кг/сут после еды 2 недели, нитроксолин 50 мг 4 раза в сутки после еды 2 недели); Фитотерапия (лист и плоды брусники, толокнянка, хвощ полевой) – курсами по 2 недели.</p>
6.	ОПК-3	<p>Больная, 12 лет, жалуется на тошноту, плохой аппетит, повышенную утомляемость, сильные боли в животе, преимущественно в гастродуоденальной зоне. Боли появляются чаще в ночное время, уменьшаются после приема пищи.</p> <p>Из анамнеза известно, что девочка больна в течение последнего года, когда впервые появились жалобы на боли в животе. Девочка учится в математическом классе гимназии, в музыкальной и художественной школе, ведёт напряжённую общественную жизнь. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с нарушением режима питания (редкие приёмы пищи, еда всухомятку).</p>	<p>Диагноз: Острый пиелонефрит активная стадия, средняя степень тяжести, без нарушения функции почек.</p> <p>Соп.: Анемия гипохромная I степени.</p> <p>Дисметаболическая нефропатия.</p> <p>Критерии обоснования диагноза:</p>

		<p>На первом году девочка страдала дисбиозом толстого кишечника, в возрасте 2 месяцев переведена на искусственное вскармливание. В возрасте 3 и 5 лет дважды перенесла острую кишечную инфекцию. Дедушка по материнской линии болен язвенной болезнью желудка, бабушка по отцовской линии – хроническим панкреатитом, мама ребёнка – хроническим гастродуоденитом и хроническим холециститом.</p> <p>При объективном обследовании состояние средней тяжести. Девочка эмоционально лабильна, плаксива. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Подкожно-жировой слой развит относительно удовлетворительно. Пальпируются единичные, эластичные, мелкие, подвижные, безболезненные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы. Костно-мышечная система – без патологических отклонений. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца - ясные, ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом, имеются кариозные зубы. Зев – без патологических изменений. При пальпации живота определяется выраженная болезненность в пилорoduоденальной области. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. У девочки отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.</p> <p>ОАК: эритроциты <math>3,9 \times 10^{12}</math> /л, Нв-100 г/л, Ц.п.-0,78, лейкоц. - <math>7,2 \times 10^9</math>/л, п – 4%, с – 51%, л - 37%, м – 8%, СОЭ 10 мм/час.</p> <p>ФГДС: выраженная гиперемия слизистой 12-перстной кишки, единичные рассеянные мелкие эрозии, в луковице 12-перстной кишки – свежая язва 7х6 мм.</p> <p>Результат исследования кала на скрытую кровь: положительный.</p> <p>Результат исследования кала на яйца гельминтов и цисты простейших: отрицательный.</p> <p>В общем анализе мочи: уд.вес - 1018, реакция – кислая, белок 0,033%, лейкоциты – ед. в п/зр., ураты +.</p> <p>Проведите интерпретацию методов</p>	<p>отягощенная наследственность, перенесенные инфекционные заболевания в период новорожденности и (антибиотикотерапия), наличие в клинической картине синдрома интоксикации, дизурии; мочевого синдрома (лейкоцитурия, бактериурия), гипостенурия, воспалительные изменения крови.</p> <p>3. Б/х анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, СРБ, серомукоиды, калий, натрий), анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, анализ мочи на микробное число, бактериологический анализ мочи, повторные анализы мочи ежедневно, в том числе для исключения оксалатной дизметаболической нефропатии, суточная экскреция оксалатов, УЗИ органов брюшной полости, после установления</p>
--	--	---	---

		<p>обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>клинико-лабораторной ремиссии проведение экскреторной урографии.  4. Показания для экскреторной урографии: продолжительность процесса не менее 12 мес, мочевого синдром, синдром пальпируемой опухоли в животе, нефрогенная гипертензия, дизурия, болевой синдром, рецидивы токсикоза неясной этиологии, пороки развития наружных половых органов и аноректальной области.  5. Лечение: Цефалоспорины III поколения (цефосин, цефтриаксон) в возрастной дозировке (50-100 мг/кг) или амоксициллин/клавуланат (40 мг/кг по амоксициллину) - 10-14 дней;  Дезинтоксикация (рег ос- растворы смекты, регидрона; внутривенно капельно – глюкозо-солевые растворы 10-20</p>
--	--	---	---

			<p>мл/кг).</p> <p>Антипиретики: парацетамол, ибупрофен – 10 мг/кг – на прием – до 4 раз в сутки. После окончания курса антибиотикотера пии антибактериальн ые препараты из группы нитрофуранов, 8- оксихинолинов (фурагин 4-6 мг/кг/сут после еды 2 недели, нитроксолин 50 мг 4 раза в сутки после еды 2 недели); Фитотерапия (лист и плоды брусники, толокнянка, хвощ полевой) – курсами по 2 недели.</p>
7.	ОПК-3	<p>Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, налеты на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки.</p> <p>При поступлении: состояние тяжелое, дыхание полуоткрытым ртом, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субъиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы, располагающиеся цепочкой, с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах сплошные наложения</p>	<p>Язвенная болезнь 12- перстной кишки. Осл.: Дефицитная анемия I степени. Методы диагностики геликобактериоз а: Инвазивные: а) прямые – бактериологичес кий геликотест (биопсия слизистой желудка с выделением чистой культуры Н.р.); гистологический</p>

		<p>беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты <math>3,8 \times 10^{12}</math>/л, ЦП 0,89, лейкоциты <math>10,0 \times 10^9</math>/л, палочкоядерные 8%, с/ядерные 13%, эозинофилы 1%, лимфоциты 40%, моноциты 13%, атипичные мононуклеары 25%, СОЭ 25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи – желтая, прозрачная, рН-8,0; белок отрицат., удельный вес 1014, лейкоциты – единичные в поле зрения, ацетон -, ураты -, сахара в моче нет,</p> <p>Проведите интерпретацию методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>метод; ПЦР в биопсийном материале; фазово-контрастная микроскопия; б) непрямыe – быстрый уреазный тест (биоптат слизистой желудка помещают на предметное стекло рядом с мочевиной и прикладывают лакмусную бумагу → изменение рН среды); эндоскопические признаки Н.р.-инфекции</p> <p>Неинвазивные:</p> <p>а) прямые: ПЦР кала, зубного налета; определение антигена Н.р. в стуле (stool-test); б) непрямыe: уреазный дыхательный экспресс-тест (больной принимает внутрь мочевины, содержащую меченый углерод (изотопы <math>^{13}\text{C}</math> или <math>^{14}\text{C}</math>). Идентификация с помощью специальных датчиков меченого углерода в выдыхаемом воздухе служит косвенным</p>
--	--	--	--

			<p>подтверждением Н.р.-инфекции; серологические методы (инфицированность (!), неспецифическая перекрестная реакция) – ИФА в крови и кале, экспресс-тесты на специфические антитела к Н.р. При проведении анализа кала на скрытую кровь в течение предшествующих 3 суток больному нельзя давать препараты железа, мясо, зеленые фрукты, овощи, препараты висмута, накануне и в день обследования больной не должен чистить зубы.</p> <p>Лечение: лечебное питание - диета с химическим, физическим и термическим щажением; эрадикационная схема (тройная терапия) – кларитромицин 7,5 мг/кг/сут 2 раза в день в конце принятия пищи; амоксициллин 25 мг/кг в 2 приема - в день одновременно с принятием</p>
--	--	--	--

			<p>пищи; ингибиторы протонной помпы 2 раза в день - утром и вечером;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• после заживления язвы - ингибиторы протонной помпы на ночь 1,5-2 месяца; далее невсасывающиеся антациды (альмагель, маалокс) 15 мл через 1,5 часа после приема пищи и на ночь 4-6 недель с переходом на терапию «по требованию»;</li> </ul> <p>препараты железа (солевые и несолевые) - курсовое лечение.</p>
8.	ОПК-3	<p>Мать ребенка 10 месяцев обратилась к участковому педиатру с жалобами на неоднократно повторяющееся «вытягивание» обеих ножек и стоп ребенка. Судороги в ножках сопровождаются беспокойным поведением, иногда бывают во время сна.</p> <p>Из анамнеза болезни известно: настоящие жалобы имеют место в течение последних 3-4 недель, первый эпизод судорог отмечался в начале весны.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре, нефропатии. Роды в срок 38-39 недель, масса тела при рождении 3000, рост 50 см, закричал сразу, оценка по Апгар 6/7 баллов. С 2-х месяцев находится на искусственном несбалансированном вскармливании неадаптированными смесями, прикорм не получал. Семья проживает в неблагоприятных условиях, родители курят, прогулки редкие. По поводу ОРВИ трижды находился на стационарном лечении (в 3, 6 и 7 месяцев).</p>	<p>Спазмофилия явная, карпопедальный спазм. Соп.: Рахит 3, период разгара, подострое течение.</p> <p>Обоснование диагноза: характерные жалобы (судорожное вытягивание ножек и стоп), данные анамнеза (неблагоприятные условия проживания, редкие прогулки, нерациональное вскармливание, появление</p>

		<p>Объективно: состояние средней тяжести, ребенок беспокойный, капризный. Кожные покровы бледные, элементы потницы в естественных складках, на спине. Определяется разлитой красный дермографизм. Зев физиологической окраски, носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не пальпируются.</p> <p>Отмечаются выраженные теменные и затылочные бугры, большой родничок 2х3 см, края податливые. Грудная клетка цилиндрической формы, выявляются «гаррисонова борозда», реберные «четки». Определяется О-образная деформация нижних конечностей, мышечная гипотония. Менингеальные симптомы отрицательные. Положительный симптом Хвостека, выраженный - Люста.</p> <p>Над легкими перкуторно выявляется легочный звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. ЧД 28 в 1 мин.</p> <p>Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Ритм правильный, тоны отчетливые, ЧСС 122 в 1 мин.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание в норме, склонность к запорам.</p> <p>В ОАК: эр. – <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Нв – 120 г/л, ц.п. - 0,84, Лейкоциты <math>6,8 \times 10^9/л</math>, п/ядерные 2%, с/ядерные 23%, эозинофилы 1%, лимфоциты 68%, моноциты 6%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Кальций сыворотки крови 1,95 ммоль/л, фосфор – 0,9 ммоль/л.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>первых симптомов ранней весной), клиническая картина (признаки рахита, судорожные синдром).</p> <p>ОАК в пределах возрастной нормы.</p> <p>Снижение уровня кальция и фосфора.</p> <p>Лечение: препараты кальция - 10% раствора глюконата для парентерального введения из расчета 0,5-1,0 ммоль/кг или хлорида кальция внутривенно на физиологическом растворе (1 мл 10% раствора глюконата кальция содержит 0,3 ммоль кальция, 1 мл 10% раствора хлорида кальция – 0,9 ммоль кальция).</p> <p>лечение основного заболевания: прием препаратов витамина Д3 (Аквадетрим) в дозе 3 тыс. МЕ/сут под контролем пробы Сулковича -1 месяц с переходом на поддерживающую</p>
--	--	---	---



			ю дозу – 1 кап (500 МЕ) – 1 раз в день до летнего периода. препараты кальция (глюконат кальция), магния (панангин, магне В6) внутрь – курсовой прием
--	--	--	---

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.  
На открытое задание рекомендованное время – 20 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-8	<p>В приемное отделение детской клинической больницы поступила девочка 6 лет с жалобами на вялость, недомогание, головную боль, подъем температуры тела до 40°С, рвоту, кожный зуд и сыпь.</p> <p>Ухудшение состояния отмечается в течение последних 2-х часов. Перед этим девочка приняла препарат амоксиклав в суспензии, назначенный по поводу жалоб на «першение» в горле.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности в 14 недель, по поводу которого проводилось стационарное лечение; гестоза II половины (нефропатии) – проведено 2 курса лечения в стационаре. Роды при сроке 40 недель, затяжные, со стимуляцией. Ребенок родился массой 3300 г и ростом 52 см, в асфиксии, с однократным обвитием пуповиной вокруг шеи и оценкой по шкале Апгар – 6-7 баллов. Из родильного зала ребенок переведен в отделение интенсивной терапии, где</p>	<p>синдром Лайелла (острый эпидермальный некролиз). госпитализация в реанимационное отделение; очистительная клизма, энтеросорбция – активированный уголь, полисорб, полифепан; преднизолон в/в в дозе 3-5 мг/кг (при необходимости дозу увеличивают до 10мг/кг в сутки), затем внутрь –1-2 мг/кг/сут 7 дней; антигистаминные препараты в/м – тавегил, супрастин, или внутрь – зиртек, кестин и пр.; детоксикация (реополиглюкин, полиглюкин – 10-15 мг/кг, физ. р-р, р-р Рингера – 10-15 мг/кг ); улучшение микроциркуляции – гепарин 100 ЕД/кг 4 раза в сутки внутривенно; ингибиторы протеолиза (трасилол, гордокс, контрикал 5000-10000 ЕД 1-2 раза в сутки внутривенно).</p>

		<p>находился на лечении 1 сутки. К груди приложен на 2 сутки, в роддоме проведена вакцинация БЦЖ-М, выписан на 7 сутки.</p> <p>Физическое и нервно-психическое развитие ребенка соответственно возрасту.</p> <p>Профилактическая вакцинация проводилась по индивидуальному графику в связи с медотводом по поводу аллергического диатеза.</p> <p>Перенесенные заболевания: аллергический диатез, паратрофия, ОРВИ, ветряная оспа.</p> <p>Семейный аллергологический анамнез отягощен: у отца - бронхиальная астма, у бабушки по линии матери - атопический дерматит.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, на коже лица, туловища, конечностей отмечаются распространенные высыпания в виде полиморфных (скарлатиноподобных, местами крупнопапулезных) элементов, единичные буллы, на правой голени в области разрыва пузыря мокнущая эрозия 5x3 см. На лице массивные единичные пузыри на ярко гиперемизированном фоне. В зеве умеренная гиперемия.</p> <p>Перкуторно: над легкими звук не изменен. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по 3 межреберью, левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: дыхание жесткое, ЧД - 26 в минуту, Сердцебиение ритмичное, учащенное, ЧСС – 120 ударов в минуту, выслушивается короткий систолический шум по левому краю грудины. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей.</p> <p>Общий анализ крови – гемоглобин 130 г/л, эритроциты <math>5,0 \times 10^{12}</math> /л, лейкоциты <math>9 \times 10^9</math>/л, э – 3%, п – 1%, с – 63%, л – 30%, м-3%.</p>	<p>гемосорбция, плазмоферез. симптоматическая терапия (анальгетики – промедол 2% -0,1-0,2 мг/кг, 50% анальгин – 0,1 мл/год жизни; местная терапия – наложение асептических повязок, обработка слизистых оболочек растворами антисептиков) с целью профилактики септического процесса – антибактериальная терапия – цефалоспорины, линкомицин. ОАК – в пределах возрастных показателей, в ОАМ умеренная протеинурия.</p>
--	--	--	---

		<p>Общий анализ мочи – желтая, прозрачная, pH-8,0; удельный вес 1030, лейкоциты – единичные в поле зрения, ацетон -, ураты -, сахара в моче нет, белок 0,033 ‰.</p> <p>Биохимический анализ крови: общ. белок – 68 г/л, общ. билирубин – 12 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, АЛТ – 27 ЕД, АСТ – 30 ЕД.</p> <p>Р-графия ОГК: легочный рисунок усилен.</p> <p>ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС – 120-115 уд. в мин., ЭОС не отклонена, нарушение процессов реполяризации.</p> <p>Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение. и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	
2.	ОПК-8	<p>Ребенок 1 года поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39,5°C - 40°C, одышку, кашель продуктивного характера, вялость.</p> <p>Анамнез заболевания: ребенок болен 8 дней, проводилось амбулаторное лечение по поводу бронхита: антибактериальная (флемоксин солютаб в суспензии), муколитическая (геделикс в сиропе), жаропонижающая (парацетамол) терапия. На 4 день заболевания температура тела стала повышаться до 38°C-39°C, появились одышка. Участковым врачом назначена рентгенография органов грудной клетки, при проведении которой выявлено умеренное уплотнение легочной ткани в области верхней доли правого легкого. Ребенок направлен на стационарное лечение.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от II беременности. I беременность завершилась самопроизвольным абортom. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности в 16 недель, по поводу которого проводилось стационарное лечение; анемии и гестоза II половины (водянки) – проведен курс лечения в стационаре в 28 недель. Роды при сроке 34 недели, затяжные, со</p>	<p>Внебольничная правосторонняя верхнедолевая деструктивно-инфильтративная пневмония, тяжелая, осложненная (ДВС-синдром, стадия афибриногенемии с патологическим фибринолизом), острое течение.</p> <p>Предрасполагающие факторы: АФО органов дыхания, недоношенность, тяжелая перинатальная патология, синдром рвоты и срыгивания, искусственное вскармливание, аномалии конституции, гипотрофии, ВПС, муковисцидоз, пороки развития легких, иммунодефицитные состояния, сниженный иммунитет на I г.ж., гиповитаминозы, охлаждение, хронические очаги инфекции</p>

стимуляцией. Ребенок родился массой 2100 г и ростом 48 см, в асфиксии, с оценкой по шкале Апгар – 5-7 баллов. Из родильного зала ребенок переведен в отделение интенсивной терапии, где находился на лечении 3 суток. На 4 сутки ребенок переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом: Внутриутробная пневмония, энтероколит. Соп: Гипоксически – ишемическое поражение ЦНС, синдром угнетения, где находился на стационарном лечении 25 дней. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка с умеренной задержкой в первом полугодии. Вскармливание – искусственное.

Ребенок находился на учете у невролога с диагнозом: Гипоксически – ишемическое поражение ЦНС, синдром двигательных нарушений, по поводу которого проведено 3 курса амбулаторного лечения. До 1 года ребенок получал лечение по поводу дисбактериоза кишечника, перенес 2 эпизода острой респираторно-вирусной инфекции.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, температура тела 39<sup>0</sup>С, реакция на осмотр снижена. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы бледные, суховатые. Выражен периоральный цианоз, конечности холодные с мраморным рисунком, зев гиперемирован, «лимфоидная зернистость» задней стенки глотки, налетов нет. Пальпируются подчелюстные и передне-шейные единичные лимфатические узлы в диаметре - 0,5x0,7 см. Перкуторно: над верхней долей правого легкого определяется выраженное укорочение звука. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1,0 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя – по 2 межреберью, левая – на 2,0 см

кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: дыхание 58 в минуту, ослабление дыхания, на высоте вдоха — единичные мелкопузырчатые хрипы. Сердцебиение ритмичное, учащенное, ЧСС – 136 ударов в минуту, выслушивается короткий систолический шум по левому краю грудины. Живот при пальпации напряжен.

На 3 день лечения в стационаре состояние ребенка ухудшилось, отмечается упорный гипертермический синдром до 40<sup>0</sup>С, сомнолентное нарушение сознания, резкая бледность кожных покровов, «мраморная» окраска конечностей, акроцианоз. На слизистой твердого неба – элементы петехиальной сыпи, кровоточивость из мест инъекций. ЧСС – 190 в минуту, АД-100 и 85 мм. рт. ст. На протяжении последних 10 часов мочеиспускания отсутствуют.

Общий анализ крови – гемоглобин 86 г/л, эритроциты  $3,5,0 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты  $19 \times 10^9$ /л, э – 3%, п – 10%, с – 50%, л – 28%, м-9%, тр. –  $116 \times 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

Коагулограмма: длительность кровотечения – 2 мин. 40 сек., время свертывания крови – 10 мин. 30 сек., фибриноген – 1,7 г/л.

Общий анализ мочи – желтая, прозрачная, рН-8,0; удельный вес 1030, лейкоциты – единичные в поле зрения, ацетон -, ураты -, сахара в моче нет, белок 0,033 ‰.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 58 г/л, общ. билирубин – 18 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, креатинин – 55 мкмоль/л, АЛТ – 37 ЕД, АСТ – 52 ЕД, СРБ – 60 мг/мл.

На повторной рентгенограмме легких: пневмоническая инфильтрация справа стала более плотной, занимает верхнюю долю, появились очаги просветления в местах выраженной инфильтрации. Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение.

3.	ОПК-8	<p>Девочка 5 лет поступает в детское отделение Клиники БГМУ в сопровождении матери с жалобами на многократную рвоту с выраженным кислым запахом, отсутствие аппетита.</p> <p>Анамнез заболевания: жалобы появились накануне вечером, после поездки за город на праздник. Дома мама выпаивала ребенка минеральной водой и настоем плодов шиповника, состояние девочки не улучшилось. Сегодня утром мама ребенка вызвала врача скорой медицинской помощи, направлена на стационарное лечение.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от III беременности, протекавшей на фоне анемии в 18 недель, проводилось амбулаторное лечение; Роды при сроке 38-39 недель, спонтанные, стремительные. Ребенок родился массой 3600 г и ростом 54 см, с оценкой по шкале Апгар – 7-9 баллов. К груди приложен на 1 сутки, в роддоме проведена вакцинация ВГ и БЦЖ, выписан на 5 сутки. Вскармливание грудное до 6 месяцев, прикормы вводились с 5.5 месяцев. На первом году жизни отмечалась задержка в физическом развитии ребенка, плохо спала. Мама отмечает, что девочка активная, подвижная, много говорит, запас слов богатый, знает стихи, эмоционально лабильная.</p> <p>Перенесенные заболевания: до 1 года отмечались редкие аллергические высыпания на фруктовые пюре с сахаром, дисбиотические нарушения; после года – острые респираторно-вирусные инфекции, ветряная оспа.</p> <p>В семейном анамнезе: у бабушки по линии отца - мочекаменная болезнь, подагра.</p> <p>При объективном осмотре: состояние средней тяжести. Девочка вялая. Правильного телосложения, пониженного питания. Выдыхаемый воздух с запахом ацетона. Отмечается бледность кожных</p>	<p>1. Диагноз: нервно-артритический диатез, ацетонемический криз.</p> <p>2. Нервно-артритический диатез связывают как с наследственными факторами (дефект обмена пуриновых оснований и мочевой кислоты), так и с воздействиями внешней среды: перегрузка белковыми (в первую очередь мясными) продуктами рациона беременной и ребёнка раннего возраста. Семейно-генетический анамнез свидетельствует о том, что в семьях пробандов выявляют неврастению, подагру, моче- и желчнокаменную болезни. В этих семьях в чаще наблюдают атеросклероз и ишемическую болезнь сердца, эссенциальную артериальную гипертензию, сахарный диабет, заболевания органов дыхания, желудка и двенадцатиперстной кишки.</p> <p>3. Лечение: создание спокойной обстановки, соблюдение режима дня с достаточным отдыхом, диета в период криза: на 6-8 часов – голодная пауза с введением жидкости через рот или при неукротимой рвоте – в/в кап-но (5% глюкоза, физ. раствор, р-р Рингера).</p> <p>После прекращения рвоты – исключение продуктов, богатых пуринами – шпинат, щавель, горох, фасоль, шоколад, какао, крепкий чай, натуральный кофе, печень, почки, мозги, сельдь, сардины. Мясо, рыбу, жиры – продукты животного происхождения ограничивают. Предпочтение</p>
----	-------	--	---

		<p>покровов, подкожно-жировой слой несколько снижен. Видимые слизистые – обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются.</p> <p>Перкуторно: над легкими звук не изменен. Границы относительной тупости сердца: правая – на 0,5 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя – по 2 межреберью, левая – на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии.</p> <p>Аускультативно: дыхание везикулярное, ЧД-25 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритм сокращений правильный, ЧСС – 107 в минуту. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный. Менингеальные знаки отрицательны. Мимика подвижная.</p> <p>Общий анализ крови – гемоглобин 132 г/л, эритроциты <math>5,0 \times 10^{12}</math> /л, лейкоциты <math>9,0 \times 10^9</math>/л, э – 3%, с – 62%, л – 32%, м-3%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общ. белок – 72 г/л, общ. билирубин – 12 мкмоль/л, глюкоза – 3,7 ммоль/л, АЛТ – 27 ЕД, АСТ – 30 ЕД, мочевиная кислота 567 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи – белок отрицат., удельный вес 1014, лейкоциты – единичные в поле зрения, ацетон+, ураты +++++, сахара в моче нет, диастаза мочи – 32 ед.</p> <p>ЭКГ – ЧСС – 102-98 уд. в мин., ЭОС не отклонена, синусовая аритмия.</p> <p>Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>отдается молочно-растительной пище (кроме запрещенных овощей). Обязательно включить в рацион лимон и лимон. кислоту</p> <p>Увеличить количество вводимой жидкости для профилактики уролитиаза, щелочные слабоминерализованные минеральные воды; аллопуринол 10 мг/кг/сут в сочетании с цитратной смесью, алломарон + НСПВ (индометацин, бутадон). Кальция пантотенат 100-150 мг/кг/сут, калия оротат 50-100 мг/кг/сут, эссенциале. витамины В6, В1, препараты магния (магний - В6), оротат калия, Фитотерапия – валериана, пустырник, пассифлора.</p>
4.	ОПК-8	<p>Родители девочки 26 дней обратились к участковому педиатру с жалобами на беспокойство, низкую прибавку массы тела.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от II беременности. Предыдущая беременность закончилась рождением здорового ребенка - девочка 4,5 года, здорова. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 14 недель беременности, анемии во II половине беременности. Роды при сроке 37-38 недель, спонтанные.</p>	<p>1. Диагноз осн.: гипотрофия 1 ст., постнатальная, алиментарного генеза (гипогалактия матери). Соп. диагноз - Опрелости 1 ст.</p> <p>2. Ребенок за 26 дней жизни прибавил 200 г., что составляет 25% от нормы прибавки массы. Объем молока за одно кормление должен быть около 100 мл., при условии 8 разового кормления. Реальный объем</p>

		<p>Ребенок родился массой 3050 г и ростом 49 см, с оценкой по шкале Апгар – 7-8 баллов. К груди приложен на 1 сутки, в роддоме проведена вакцинация вирусный гепатит В и БЦЖ на 4 сутки, выписана на 5 сутки.</p> <p>Находится на грудном вскармливании, часто беспокоится. Промежутки между кормлениями не более 1 ч.</p> <p>Семейный анамнез - не отягощен.</p> <p>Аллергоанамнез - в квартире есть собака и попугай, цветы на подоконниках, постель ребенка из натуральных наполнителей: пух, перо.</p> <p>Объективно: температура тела 36,8°C, масса 3250 г, длина 51 см, состояние ребенка относительно удовлетворительное, крик раздраженный, эмоциональный, жадно хватает соску.</p> <p>Кожные покровы бледно-розовой окраски, сухие, гиперемия в паховых и подмышечных складках. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка истончена: толщина складки на уровне пупка — 0,5 см, груди — 0,5 см, плеч — 1 см, бедре — 1,5 см, щеки-1,5см, лопатки-0,5 см.</p> <p>Перкуторно: над легкими звук не изменен.</p> <p>Границы относительной тупости сердца: правая – на 1,0 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя – по 2 межреберью, левая – на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии.</p> <p>Аускультативно: дыхание пуэрильное, ЧД-39 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритм сокращений правильный, ЧСС – 128 в минуту. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание – свободное.</p>	<p>отличается от нормы. скорее всего причина в гипогалактии матери.</p> <p>3. Гипогалактия может быть первичной – недостаток пролактина или вторичной. Причиной может быть нарушение режима дня и питания кормящей матери, бытовой или эмоциональный дискомфорт и т.д.</p> <p>4. Необходимо назначить комплекс мероприятий по усилению лактации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Частое прикладывание к груди, организация режима дня, питания</li> <li>витамины РР, Е, отвар пивных дрожжей, апилак, глютаминовая кислота</li> <li>за 15 минут до кормления - 1/2 ст. горячего бульона</li> <li>фитотерапия на основе отваров крапивы двудомной, аниса, фенхеля, тмина</li> <li>физиотерапия (УВЧ, УФО), душево (44-45°C в течение 10 минут) -массажная (разминающий от центра к периферии и сверху вниз)</li> <li>процедура - через каждые 2-3 минуты нужно сцеживать молоко прямо в ванну.</li> <li>Процедура проводится 4 раза в день (2 раза левая и 2 раза правая грудь). Нельзя при мастите!</li> <li>Частое прикладывание к груди</li> <li>БАД с лактогенным действием для кормящих матерей</li> <li>Церукал (побочное действие - увеличивает приток молока - по 1 табл. 3 раза в день)</li> <li>Иглорефлексотерапия</li> </ul> <p>5. Свободный режим питания – по требованию ребенка, включая ночные часы, исключить воду.</p> <p>Если лактация не увеличится – перевод на искусственное</p>
--	--	--	--



		<p>Неврологический статус в пределах нормы.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 119 г/л, Эр - <math>3,9 \times 10^{12}</math>/л, Лейкоциты - <math>8,1 \times 10^9</math>/л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция – прозрачная, св. желтая, кислая, уд.вес -1015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p>Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк - не выделены.</p> <p>Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>адаптированное вскармливание. Расчет питания (объем, белки, жиры, углеводы) осуществляется на должествующую массу тела.</p>
5.	ОПК-8	<p>Мать мальчика 5 мес. обратилась к участковому врачу-педиатру с жалобами на беспокойство, повторные срыгивания, разжиженный стул с примесью зелени и «белых комочков» 5-6 раз в день. Ребенок болен первые сутки.</p> <p>Ребенок от первой беременности и родов, протекавших физиологически. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса при рождении 3500 г., длина 55 см, окружность головы 35 см, окружность груди 33 см. Сразу после рождения приложен к груди, сосал активно. В родильном доме находился на совместном круглосуточном пребывании в одной палате с матерью. Выписан из родильного дома на 5 сутки. Со вторых по десятые сутки жизни отмечалась незначительная желтушность кожных покровов и склер, не сопровождавшаяся изменением цвета мочи и кала. В течение первых двух месяцев жизни беспокоили колики, единичные срыгивания после кормления. Консультирован неврологом, хирургом, окулистом, проведены нейросонография, УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, патологии не выявлено. Вакцинирован согласно возрасту по национальному календарю</p>	<p>1. Диагноз: простая диспепсия. Поставлен на основании жалоб на беспокойство, повторные срыгивания, разжиженный стул с примесью зелени и «белых комочков» 5-6 раз в день; анамнеза заболевания (возникновение указанных жалоб после одномоментного введения большого количества нового продукта); данных объективного исследования (незначительное вздутие живота, флатуленция, стул кашицеобразный, с наличием «белых комочков, отсутствие клинически выраженных признаков экзикоза)</p> <p>2. Причины ухудшения состояния ребенка: нарушение принципов постепенного введения новых продуктов питания детям 1-года жизни.</p> <p>3. По «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ» введение прикорма детям, находящимся на естественном и искусственном адаптированном вскармливании</p>

		<p>профилактических прививок, реакций не отмечалось. Родители - студенты, здоровые. Семья с ребенком живет в общежитии в отдельной комнате. Уход за ребенком хороший. На естественном вскармливании. Диету кормящая женщина соблюдает. Накануне заболевания мать впервые одномоментно дала малышу 50 мл консервированного яблочного сока для детского питания, который он охотно выпил, но вскоре обильно срыгнул. В последующем срыгивания неоднократно повторялись.</p> <p>При осмотре педиатра общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура тела 36,5<sup>0</sup>С, несколько беспокоен, охотно начинает сосать грудь матери, но вскоре принимается плакать и отказывается от еды. Нервно-психическое развитие: хорошо держит голову, долго лежит на животе, подняв корпус и опираясь на ладони, уверенно переворачивается со спины на живот, узнает мать среди других людей, подолгу певуче гулит.</p> <p>Объективно: масса тела 7900 г, длина тела 68 см, окружность головы 42 см, окружность груди 44 см. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности и температуры, кожная складка на тыле кисти легко расправляется. Толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка 2,0 см, на груди 1,5 см, под лопатками 1,5 см, на плече 1,5 см, на бедре 1,5 см. Тургор мягких тканей удовлетворительный. Лимфоузлы не пальпируются. Мышечный тонус удовлетворительный, симметричный. Костная система развита правильно, деформаций нет. Большой родничок на уровне костных краев, 2х2 см, костные края плотные. Зев розовый, язык обложен беловатым налетом, зубов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечный ритм правильный, тоны сердца ясные,</p>	<p>целесообразно проводить в возрасте 4-6 месяцев (оптимально с 6 месяцев). Перед введением первого прикорма дают «педагогический прикорм» в виде фруктового пюре (яблочного или грушевого) для выяснения потребности в новом продукте и готовности к его усвоению. Далее вводятся первый и второй прикормы в виде каши из безглютеновых круп или овощного пюре. Последовательность введения данных блюд прикорма зависит от состояния здоровья, нутритивного статуса ребенка и функционального состояния его пищеварительной системы. Так, детям со сниженной массой тела, учащенным стулом в качестве первого основного прикорма целесообразно назначать каши промышленного производства, обогащенные железом, кальцием, цинком, йодом, при паратрофии и запорах — овощное пюре. В овощные и злаковые блюда добавляют соответственно растительное и сливочное масло. Мясное пюре вводится в 7 мес., с 8-9 мес. вместо мясного блюда можно 1-2 раза в неделю давать рыбу, в 8 мес. - кисломолочные продукты детского питания (кефир, йогурт). Сухари, печенье, желток куриного яйца вводят с 7 мес., пшеничный хлеб – с 8 мес. В 12 мес. вводят последний, кусочковый, прикорм, приготовленный из тех же продуктов, но уже в виде кусочков (цельнозерновые каши,</p>
--	--	---	---

		<p>звучные. Живот несколько вздут, при пальпации живота возникает беспокойство, прекращающееся после флатуленции. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край ровный, гладкий, мягкий. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, желто-зеленый с наличием «белых комочков», слизи, крови нет. Мочеиспускание свободное. Число мочеиспусканий около 15 в сутки. Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>овощи кусочками, фрикадельки и паровые котлеты и пр.)</p> <p>4. При назначении прикорма следует придерживаться следующих правил:</p> <p>введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5—7 дней) увеличивают до необходимого объёма; при этом внимательно наблюдают за переносимостью; новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение; овощной прикорм начинают с одного вида овощей, затем постепенно вводят другие продукты данной группы, образуя многокомпонентное пюре. Аналогично вводят фруктовые пюре и каши; прикорм дают с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью; новые продукты не вводят, если ребёнок болен и в период проведения профилактических прививок.</p>
6.	ОПК-8	<p>Мальчик 7 мес. доставлен в клинику из дома с жалобами на повторную рвоту, снижение аппетита, запоры, вялость, адинамию, потерю массы тела.</p> <p>Настоящие жалобы появились на фоне лечения рахита препаратом «Аквадетрим» (витамин Д3 1 капля - 500 МЕ). По вине матери мальчик ошибочно получал по 10 капель препарата 3 раза в день в течение 2 мес.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, нефропатией и угрозой прерывания у немолодой матери (40 лет), по поводу чего мать неоднократно лечилась в стационаре,</p>	<p>. Диагноз: рахит II, подострое течение, период реконвалесценции. Гипервитаминоз D, острая форма.</p> <p>2. Факторы риска рахита у данного больного ребенка: «немолодой» возраст матери, рождение от III беременности и родов, осложнение данной беременности нефропатией. Раннее искусственное вскармливание (с 2 нед.), в том числе с 5 мес. неадаптированное.</p> <p>3. Дополнительные исследования: б/х анализ</p>

		<p>предпочитала лежать, гуляла мало, витамины, в том числе витамин Д, мать не получала. Первая беременность закончилась родами, II беременность прервана медицинским абортom в 7-8 недель. Родился от II стремительных родов при сроке 36-37 нед. Масса тела при рождении 2900 г, длина 49 см. К груди приложен на вторые сутки после рождения, сосал активно. Искусственное вскармливание с 2 нед. адаптированной молочной смесью, с 5 мес. – козьим молоком, введены два прикорма молочной рисовой кашей и картофельным пюре. До 6 мес. хорошо прибавлял в массе тела, но на фоне лечения витамином Д прибавки массы тела не было, в связи с чем по рекомендации педиатра мать ежедневно давала 20 г. творога домашнего изготовления.</p> <p>Состояние средней тяжести. Масса тела 7800 г. Эмоциональный тонус снижен: мальчик вялый, плаксивый, не интересуется игрушками. Аппетит снижен, повторная рвота без связи с приемом пищи. Кожные покровы бледные, потница на шее, волосяной покров на затылке протерт, супраорбитальный цианоз. Эластичность кожных покровов сохранена. Дермографизм белый. Толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка 1,5 см, на груди 1,5 см, под лопатками 1,5 см, на плече 1,5 см, на бедре 1,5 см. Тургор тканей снижен. Видимых отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Контурируются лобные, теменные бугры, затылок скошен. Большой родничок 0,5x0,5 см, края плотные. Определяются реберные «четки», «гаррисонова борозда», нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус равномерно понижен на симметричных участках. Сидит с поддержкой, не ползает, повторяет слоги. Зев розовый, зубов нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Границы легких</p>	<p>крови – Са, Р, кислая и щелочная фосфатазы, трансаминазы, проба Сулковича, исследование почек для оценки степени повреждения канальцевых функций (ОАМ, анализ мочи по Зимницкому), обзорная рентгенограмма почек, УЗИ почек для исключения нефрокальциноза.</p> <p>4. Лечение:</p> <p>госпитализация;</p> <p>отмена препарата витамина D, исключают продукты, богатые кальцием - козье молоко, творог;</p> <p>инфузионная терапия в режиме детоксикации 150—170 мл на 1 кг массы тела в сутки, 70—80% ее объема внутривенно, остальное через рот малыми порциями (р-р глюкозы 5-10%, физ. р-р, р-р Рингера) в сочетании с фуросемидом внутривенно или внутримышечно 0,5 мг/кг в сутки.</p> <p>Антидотная терапия: витамин Е (обладает антиоксидантным действием, уменьшает и предупреждает токсическое действие витамина D) внутрь на 10—12 дней в 5—10% масляном растворе по 5—10 мг 1—2 раза в день в молоке матери или внутримышечно по 10—20 мг 1 раз в 2—3 дня; витамин А с целью улучшения процессов костеобразования и минерализации костей, стимуляции функции остеобластов и снижения уровня кальция в крови в течение месяца, трилон Б (динатриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты,) для мобилизации кальция из тканей и выведения его из организма с</p>
--	--	--	--

		<p>физиологические. Над легкими перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 32 в 1 мин. Пульс 130 уд/мин, ритмичный. Границы сердца не расширены. Тоны сердца глухие, систолический шум функционального характера над верхушкой. АД 90 и 60 мм рт.ст. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не пальпируется. Стул скудный, «овечий», через день. Мочеиспускание редкое, моча с запахом ацетона. При исследовании мочи реакция Сулковича резко положительная.</p> <p>Обоснуйте и поставьте диагноз. Назначьте лечение.</p>	<p>мочой внутрь или внутривенно капельно в 5% растворе глюкозы в течение 3-5 ч курсом 3-6 дней.</p> <p>преднизолон I — 2 мг на 1 кг массы тела в сутки 5—7 дней.</p> <p>5. План профилактики рахита в данном клиническом случае: Антенатальная неспецифическая профилактика рахита: Соблюдение режима дня беременной женщиной, сон достаточной продолжительности днем и ночью, прогулки на свежем воздухе не менее 2—4 ч ежедневно, в любую погоду. Рациональное питание беременной (ежедневное употребление не менее 180 г мяса, 100 г рыбы (3 раза в неделю), 100—150 г творога, 30—50 г сыра, 300 г хлеба, 500 г овощей, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов). Вместо молока можно применять специальные молочные напитки, предназначенные для женщин во время беременности и кормления грудью («Думил мама плюс» и др.), способные предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена у женщины во время беременности, плода и младенца при его кормлении грудью. Рекомендуются прием специальных поливитаминных препаратов на протяжении всего периода беременности и лактации. Антенатальная неспецифическая профилактика рахита: Антенатальная специфическая профилактика рахита: беременным женщинам из группы риска</p>
--	--	---	---

			<p>(нефропатии и др.), если они не получают специальные поливитаминные и минеральные комплексы, необходимо дополнительно назначать начиная с 28—32-й недели беременности витамин Д в дозе 500—1000 МЕ в течение 8 недель.</p> <p>Постнатальная неспецифическая инсоляции профилактика рахита: применение адаптированной молочной смеси, своевременное введение прикормов, гимнастика, массаж, прогулки.</p> <p>Постнатальная специфическая профилактика рахита: витамина Д, 400-500 ЕД в сут. В летний период, при недостаточной инсоляции (пасмурное, дождливое лето), особенно в северных регионах России, при вскармливании неадаптированными молочными смесями целесообразно назначить профилактическую дозу витамина Д. Специфическая профилактика рахита доношенным детям проводится в осенне-зимне-весенний периоды на первом и втором году жизни. Детям из группы риска по рахиту рекомендуется ежедневное назначение витамина Д в дозе 1000 МЕ в течение осенне-зимне-весеннего периода первые 2 года жизни.</p>
--	--	--	---

## **КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Проведение контроля знаний по дисциплине предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. Обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. Определить глубину знаний программы;
3. Определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. Определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ;
5. Определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«отлично»** заслуживает ответ, содержащий:

- Глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- Свободное владение научным языком и терминологией;
- Логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«хорошо»** заслуживает ответ, содержащий:

- Знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- Умение пользоваться научным языком и терминологией;
- В целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- Затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- Стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- Затруднения при выполнении предусмотренных программой задания.

Оценки **«неудовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Незнание вопросов основного содержания программы;
- Неумение выполнять предусмотренные программой задания.