

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

Кафедра педиатрии и неонатологии

Оценочные материалы

по дисциплине  
«ПЕДИАТРИЯ»

Специальность 31.08.43 «Нефрология»

2023

## 1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

### общепрофессиональных (ОПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ОПК-5. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Способен назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания.  ОПК-5.2 контролирует и оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей и подростков.

## 2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-5.	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

ОПК-5. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа:

Задание 1. Выберите один правильный ответ.

К  $\beta$ 2-агонистам относится:

- 1) ипратропиума бромид
- 2) пипекуропия бромид
- 3) платифиллин
- 4) сальбутамол

Эталон ответа: 4) (сальбутамол)

Задание 2. Выберите один правильный ответ.

Препарат, используемый для пассивной иммунопрофилактики респираторно-синцитиальной инфекции у детей с бронхолегочной дисплазией:

- 1) ипилимумаб
- 2) паливизумаб

- 3) ритусимаб
- 4) тозитумимаб

Эталон ответа: 2) (паливизумаб)

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оптимальное время приема минеральной воды при язвенной болезни с пониженной секреторной функцией составляет:

- 1) Непосредственно перед едой
- 2) За 20 минут до еды
- 3) За 40 минут до еды
- 4) Во время еды.

Эталон ответа: 2) (за 20 минут).

Задание 4. Выберите один правильный ответ.

При среднетяжелом течении бронхиальной астмы доза ингаляционных глюкокортикостероидов составляет:

- 1) 100-200 мкг.
- 2) 200-300 мкг.
- 3) 200-400 мкг.
- 4) 400-600 мкг.

Эталон ответа: 3) (200-400 мкг)

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Что не относится к муколитическим препаратам:

- 1) 1 амброксол
- 2) мукалтин
- 3) АЦЦ
- 4) бромгексин

Эталон ответа: 2) (мукалтин)

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Назовите пример адаптированной аминокислотной смеси:

- 1) Нутрилон аллергия
- 2) Нутрилон аминокислоты
- 3) Фрисопеп АР
- 4) Нутримиген

Эталон ответа: 2) (Нутрилон аминокислоты)

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какое средство можно добавлять в воду при купании ребенка с атопическим дерматитом:

- 1) чистотел
- 2) Mustela
- 3) Раствор перманганата калия
- 4) ромашка

Эталон ответа: 2) (Mustela)

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Препарат Адвантан разрешен у детей с:

- 1) 1 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 год

4) 2 гола

Эталон ответа: 2) ( 6 месяцев)

Задание 9. Выберите один правильный ответ.

К противокашлевым препаратам центрального действия относится:

- 1) атровент
- 2) ликорин
- 3) бугамират
- 4) мукодин

Эталон ответа: 3) (бугамират)

Задание 10. Выберите один правильный ответ.

Препарат для нормализации функции пилорического отдела желудка при язвенной болезни:

- 1) омепразол
- 2) венгер
- 3) мотилиум
- 4) маалокс

Эталон ответа: 3) (мотилиум)

Задание 11. Выберите один правильный ответ.

Назначение минеральной воды при язвенной болезни с пониженной секреторной функцией в зависимости от приема пищи:

- 1) непосредственно перед едой
- 2) за 20 минут до еды
- 3) за 40 минут до еды
- 4) во время еды.

Эталон ответа: 2) (за 20 минут)

Задание 12. Выберите один правильный ответ.

Детям с хроническим непрерывным или гормонозависимым течением язвенного колита, не контролируемым иммунодепрессантами, рекомендовано рассмотреть возможность назначения:

- 1) ингибиторов интерлейкина 1 $\beta$
- 2) ингибиторов рецептора к интерлейкину 6
- 3) ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$
- 4) ингибиторов интерлейкина 23

Эталон ответа: 3) (ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$ )

Задание 13. Выберите один правильный ответ.

У пациентов с язвенным колитом с потерей ответа или непереносимостью препарата инфликсимаб рекомендовано применять препарат:

- 1) голиумаб
- 2) ведолизумаб
- 3) ритуксимаб
- 4) тоцилизумаб

Эталон ответа: 2) (ведолизумаб)

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для лечения ребенка с тяжелой формы гормональнозависимой бронхиальной астмы в сочетании с тяжелым течением атопического дерматита показано применение:

- 1) омализумаба
- 2) тоцилизумаба

- 3) дупилумаба
- 4) инфликсимаба

Эталон ответ: 3) (дупилумаба)

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При тяжелой аллергической бронхиальной астме, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4, с выраженной атопией показано назначение:

- 1) омализумаба
- 2) системных глюкокортикоидных препаратов
- 3) дупилумаба
- 4) инфликсимаба

Эталон ответа: 1) (омализумаба)

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Ведущую роль в лечении функциональных запоров у детей раннего возраста играет:

- 1) нормализация режима и коррекция диеты
  - 2) физиотерапия
  - 3) лекарственная терапия
  - 4) лечебная физкультура
- Эталон ответа: 1) (нормализация режима и коррекция диеты)

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какова оптимальная длительность курса эрадикации хеликобактерной инфекции у детей?

- 1) 3 недели
- 2) 5 дней
- 3) 7 дней
- 4) 10 дней

Эталон ответа: 4) (10 дней)

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При лечении бронхообструктивного синдрома препаратом первого выбора является:

- 1) лазолван
- 2) монтелукаст
- 3) кромогликат натрия
- 4) пульмикорт / суспензия

Эталон ответа: 4) (пульмикорт/суспензия)

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для коррекции младенческой регургитации рекомендуют:

- 1) прокинетики
- 2) избегать перекорм, поддерживать грудное вскармливание, использовать функциональные смеси с загустителями ингибиторы протонной помпы
- 3) симетикон
- 4) ингибиторы протонной помпы

Эталон ответа: 2) (избегать перекорм, поддерживать грудное вскармливание, использовать функциональные смеси с загустителями ингибиторы протонной помпы)

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной болезни у детей предусматривает использование:

- 1) антибиотиков широкого спектра действия
- 2) витамина D

- 3) висмутсодержащие препараты
- 4) антисекреторных средств и прокинетиков

Эталон ответа: 4) (антисекреторных средств и прокинетиков)

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Медикаментозная терапия функциональных запоров включает применение:

- 1) макрогол
- 2) креон
- 3) смекта
- 4) папаверин

Эталон ответа: 1) (макрогол)

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Как провести коррекцию младенческой дисхезии у ребенка 5 на искусственном вскармливании:

- 1) сделать клизму
- 2) прибегнуть к ректальному возбуждению
- 3) назначить слабительные
- 4) перевести ребенка на смеси, содержащие частично гидролизованный белок, олигосахариды, пробиотик

Эталон ответа: 4) (перевести ребенка на смеси, содержащие частично гидролизованный белок, олигосахариды, пробиотик)

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Как проводят коррекцию младенческой регургитации ребенку 3 мес на грудном вскармливании:

- 1) нормализовать режим кормления ребенка, исключая перекорм, контролировать правильное прикладывание к груди для профилактики аэрофагии
- 2) отменить грудное вскармливание, перевести ребенка на антирефлюксные смеси
- 3) назначить прокинетики (мотилиум)
- 4) назначить пробиотики

Эталон ответа: 1) (нормализовать режим кормления ребенка, исключая перекорм, контролировать правильное прикладывание к груди для профилактики аэрофагии)

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При лечении функционального запора у ребенка 4 месяцев можно использовать слабительные:

- 1) полиэтиленгликоль
- 2) лактулоза
- 3) лактитол
- 4) регулак

Эталон ответа: 1) (полиэтиленгликоль)

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Специфическая профилактика острых респираторных заболеваний у часто болеющего ребенка:

- 1) витаминотерапия, фитотерапия
- 2) закаливание и лечебная гимнастика
- 3) вакцинопрофилактика
- 4) все вышеперечисленное

Эталон ответа: 3 (вакцинопрофилактика)

Задания открытого типа:

Задание 1. Девочка 1,5 лет, высыпания на коже, выраженный кожный зуд, нарушение сна. Жалобы появились на 4 месяце жизни, связаны с введением в питание яйца, коровьего молока. Периодически получала мази с глюкокортикоидами. У матери пищевая аллергия. Объективно: кожа сухая, в области лица, шеи, верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодич гиперемирована, отечна, мокнутие, эрозии и корки.

Задание:

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Назначьте дополнительные методы диагностики.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Атопический дерматит, младенческая форма, распространенный, средней степени тяжести, период обострения, с преобладанием пищевой сенсибилизации.
2. Гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты 2 поколения, топические глюкокортикостероиды с переходом на топические ингибиторы кальциневрина, эмоленты.

Задание 2. Девочка 15 лет поступила с жалобами на сухой, навязчивый кашель, повышение температуры до 39 градусов, заложенность носа. Болеет 9 сутки, лечилась флемоксином, бромгексином, парацетамолом, без эффекта. При поступлении состояние средней тяжести. Т-38,5 градусов, кожные покровы бледные, перкуторно укорочение легочного звука в нижних отделах легких с обеих сторон, аускультативно с обеих сторон ниже угла лопатки выслушивается обилие мелкопузырчатых влажных хрипов, ЧД – 27 в 1 минуту, тоны сердца несколько приглушены, ЧСС 122 в 1 минуту. Общий анализ крови: Эр.- $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нв – 140 г/л, Лейк.- $14,0 \times 10^9/л$ , Э-2%, П-5%, С-72%, Л-14%, М-7%, СОЭ-28 мм/час.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелая, неосложненная, ДН I ст.
2. Рентгенография органов грудной клетки, ИФА сыворотки крови для определения антител к микоплазмам и хламидиям пневмония, ЭКГ.
3. Антибактериальная терапия, отхаркивающие средства, ингаляционная терапия, увлажненный кислород, симптоматическая терапия.

Задание 3. Девочка 13 лет с жалобами на частые головные боли, повышение АД до 145/90 мм. рт. ст., беспокойный сон, раздражительность, учащенное сердцебиение в течение года, подъемы АД 1-2 раза в неделю связаны с эмоциональными перегрузками. Ребенок астенического телосложения, дермографизм белый, нестойкий, гипергидроза нет, границы относительной сердечной тупости не увеличены, тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается нежный систолический шум в 1 точке в горизонтальном положении, в вертикальном исчезает, АД на руках 140/98 мм рт. ст., ЧСС 92 в 1 минуту, индекс напряжения по Баевскому – 95 ед.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные и функциональные методы обследования необходимо провести? Какие специалисты должны осмотреть эту пациентку?
3. Предложите медикаментозное лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром вегетативной дистонии пубертатного периода по симпатикотоническому типу, перманентно-кризовое течение с синдромом артериальной гипертензии.

2. Лабораторные методы исследования крови: общий анализ крови, уровень мочевины, креатинина, холестерина, липидов, мочевой кислоты, калия, натрия, глюкозы, протеинограмма. Исследование мочи: общий анализ мочи, проба по Нечипоренко, суточная потеря белка с мочой, проба по Зимницкому. Функциональные методы обследования: эхокардиография, суточное мониторирование АД, УЗИ почек. 3. Консультации окулиста, невролога, детского кардиолога.

3. Режим дня, ночной сон, седативные препараты (персен, новопассит, валериана, пустырник, тенотен), сосудистые препараты (винпоцетин, кавинтон, циннаризин), ноотропы (фенибут, пантогам).

Задание 4. Подросток 15 лет с жалобами на длительные приступообразные боли в животе в течение последних 3-х месяцев с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок, частые ночные боли, уменьшающиеся после приема пищи. У деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит. Объективно: подкожно-жировой слой истончен, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Общие анализы крови и мочи без патологии.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы диагностики.
3. Составьте план лечения в стационаре.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Контроль общего анализа крови, биохимический анализ крови, обследование на НР-инфекцию 2 методами, определение скрытой крови в кале методом Греггера, эзофагогастродуоденоскопия.
3. Постельный режим; лечебные столы №1а, 1б, 1 по Певзнеру; эрадикационная терапия в течение 10 дней, ИПП, антациды, пробиотики, спазмолитики.

Задание 5. У мальчика 13 лет заболевание началось в 3-летнем возрасте после перенесенного гриппа. При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе, способность к самообслуживанию частично нарушена, соматический статус по органам и системам без патологии. Общий анализ крови: НБ - 120 г/л, Эр -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Цв.п. - 0,86, Лейк -  $15,0 \times 10^9/л$ , п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, лф - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час. С-реактивный белок - 24 мг/л, Ревматоидный фактор 45 МЕ/мл. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите группы лекарственных препаратов, необходимые для лечения данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит, полиартикулярный серопозитивный вариант, активность III степени, рентгенологическая стадия II, функциональная недостаточность суставов II степени.
2. Иммунограмма, аутомаркеры (ат к ДНК, АЦЦП, АНФ), HLA-типирование, ЭКГ, УЗИ суставов, КТ (МРТ) суставов, осмотр окулиста на щелевой лампе.

Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, НПВС, метотрексат парентерально, фолиевая кислота

Задание 6. В стационар поступила больная 10 лет с высокой интермиттирующей лихорадкой, преимущественно в утренние часы; с аллергической линейной и пятнисто-

папулезной сыпью в подмышечных впадинах, на боковых поверхностях грудной клетки и на внутренних поверхностях бедер, усиливающейся при повышении температуры тела; артралгиями во всех группах суставов и миалгиями; увеличением периферических лимфатических узлов, печени (на 3 см) и селезенки (на 1,5 см), расширением всех границ сердца, тахикардией до 140 в минуту, приглушением сердечных тонов. Заболела остро 2 недели назад после перенесенной ОРВИ. Попытки лечения в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП без эффекта.

Общий анализ крови: лейкоциты  $27 \times 10^9/\text{л}$  (п- 9%, с- 92%), СОЭ-65мм/ч, гемоглобин - 90 г/л, эритроциты  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , Тр -  $600 \times 10^9/\text{л}$ .

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Выберите рациональную тактику лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Системный вариант ювенильного ревматоидного артрита
2. Обследование на артритогенные инфекции, посев биологических сред на стерильность, уточнение сведений о реакции Манту, определение иммунологической активности, трепанобиопсия костного мозга, миелограмма, УЗИ органов грудной и брюшной полости, КТ и/или МРТ внутренних органов, прокальцитонинный тест, аутомаркеры, консультация гематолога.
3. Пульс-терапия метилпреднизолоном, метотрексат, внутривенное введение иммуноглобулина, генно-инженерная биологическая терапия.

Задание 7. Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на выраженный миопатический синдром (затруднение при подъеме из горизонтального положения в вертикальное), при подъеме по лестнице), болезненность, отеки проксимальных групп мышц конечностей, общую слабость. Болен течение 6 месяцев. При поступлении состояние средней тяжести за счет миопатического синдрома; на кистях пятна «Готтрона»; отмечается атрофия проксимальных групп мышц нижних конечностей, выраженный миотонический синдром, быстро истощается при ходьбе, затруднен подъем по лестнице, приседает и встает с трудом, отеки голеней и стоп, одышка 30 в 1 минуту, усиливающаяся при физической нагрузке, тахикардия 120 в минуту, расширение границ относительной тупости влево, тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и в V точке. При лабораторном исследовании ЛДГ 657 ЕД/л (норма 460), КФК 215 ЕД/л (норма 195). При ЭМГ определяются изменения первичного мышечного характера.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Перечислите группы лекарственных препаратов, необходимые для лечения данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Ювенильный дерматомиозит.
2. Общий анализ крови, биохимические исследования крови: КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, альдолазы, аутомаркеры (АНФ, АТ к кардиолипинам, анти-Jo-1-антитела), ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ мышц, биопсия мышц.
3. Глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты (метотрексат), метаболическая терапия, генно-инженерные биологические препараты.

Задание 8. Девочка 15 лет поступила с жалобами на полиартралгию в течение последних 5 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость, гиперемии щек и крыльев носа. Начало заболевания связывают с ОРВИ, на фоне сохраняющегося

субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. При поступлении состояние средней тяжести, эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов, подмышечные, задние шейные, кубитальные лимфоузлы увеличены, тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Общий анализ крови: Hb - 100 г/л. Эр -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб -  $90 \times 10^9$ /л, Лейк -  $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,3 3‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение пациенту.

Эталон ответа:

1. Системная красная волчанка.
2. Антиядерный фактор (АНФ), антитела к двуспиральной ДНК, антитела к Sm-антигену, антифосфолипидные антитела (АТ к кардиолипину, АТ к  $\beta$ 2-гликопротеину I, волчаночный антикоагулянт), активность комплемента (СН50) и его компонентов (С3, С4), ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек, КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ брюшной полости, КТ и МРТ головного мозга.
3. Режим, диета, глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, ВВИГ, генно-инженерные биологические препараты.

Задание 9. Девочка 12 лет с жалобами на головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность. Жалобы появились год назад после стресса в семье. У матери ребенка гипертоническая болезнь. При поступлении состояние девочки удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие, тоны сердца громкие, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, ЧСС 96 ударов в 1 минуты, пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках, АД 150/95 мм.рт.ст. на обеих руках. ЭКГ: ритм синусовый, 96 ударов в 1 мин., умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу.
2. Биохимический анализ крови, кардиоинтервалография, СМАД, СМ ЭКГ по методу Холтера, Эхо-КГ, ЭЭГ, консультация невролога.
3. Рациональный режим дня (избегать перегрузок, полноценный сон); полноценное питание, закаливание, ЛФК. Медикаментозное лечение: ноотропы (пирацетам, ноотропил), седативная терапия (персен, настойка пустырника), сосудистая терапия.

Задание 10. Девочка 5 лет, доставлена в приемное отделение с диагнозом сердечно-сосудистая недостаточность. Заболела внезапно, после укуса пчелы в правую кисть появилось резкое беспокойство, озноб, отек правой руки, головная боль, боли в животе, затем девочка стала очень вялой. Состояние крайне тяжелое, сознание затемнено, взгляд устремлен вдаль, болевая чувствительность снижена, кожа бледная, влажная, холодная на ощупь, акроцианоз, кисть правой руки горячая, отечная, гиперемирована, в месте укуса красный волдырь с «язычками», более бледными в центре. дыхание поверхностное,

прерывистое, 46 в 1 мин., пульс слабого наполнения 160 в 1 мин., тоны сердца глухие, АД на руках 70/40 мм рт.ст., живот вздут.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите место оказания неотложной помощи.
3. Назначьте неотложную терапию.

Эталон ответа:

1. Анафилактический шок (отек и крапивница на месте укуса, абдоминальный синдром, коллапс).
2. В приемнике. При улучшении состояния перевод в отделение.
3. Наложить жгут на правое предплечье и обколоть место укуса р-ром адреналина 0,1% р-р - 0,5 мл. Удалить иглой жало пчелы. Ввести подкожно 0,1% р-р адреналина 0,3 мл (при низком АД; при отсутствии положительной динамики повторить через 15 мин. или ввести внутривенно). Уложить горизонтально, слегка приподнять ноги, согреть, очистить полость рта от слизи, повернуть голову набок. Увлажненный кислород, измерить АД. Внутривенно струйно: преднизолон 2-5 мг/кг массы, сердечные гликозиды: строфантин 0,05% р-р - 0,2 мл (или коргликон 0,06% р-р - 0,3 мл), антигистаминные препараты при нормальном АД: димедрол 1% р-р - 0,5 мл (супрастин 2% - 0,4 мл, пипольфен 2,5% - 0,5 мл), глюконат кальция 10% - 1,0 мл. Внутривенно капельно: полиглюкин 10-15 мл/кг массы. При сохранении артериальной гипотензии: норадреналин - 0,1% - 0,1 мл внутривенно капельно в 5% р-ре глюкозы - 100 мл (мезатон 1% - 0,1 мл).

Задание 11. Мальчик 3 мес. заболел остро, лихорадка до 37,8°, сухой кашель, насморк. Участковым педиатром поставлен диагноз «ОРВИ», назначены виферон, эреспал, парацетамол. Через 2 дня состояние ухудшилось, кашель усилился и приобрел спастический характер, температура повысилась до 39,2°, появилась одышка. При поступлении общее состояние тяжелое, вялый, адинамичный, одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, свистящие дистанционные хрипы на выдохе, ЧД 70 в 1 минуту, грудная клетка вздута, цианоз носогубного треугольника, перкуторно коробочный звук, аускультативно на фоне жесткого дыхания с обеих сторон обилие влажных мелкопузырчатых хрипов, единичные рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 в 1 минуту. Со стороны других органов без особенностей.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Острый бронхолит, ДН III ст.
  2. Общий анализ крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки
- Бронхолитики: беродуал через небулайзер, эуфиллин в/в струйно медленно или капельно, противовоспалительная терапия: гормоны (преднизолон в/в, в/м или внутрь; ингаляционные глюкокортикостероиды); муколитики: амброксол (лазолван) ингаляционно через небулайзер, затем внутрь; этиотропное лечение: интерфероны (виферон); антибиотики (аминопенициллины, цефалоспорины III поколения, кислородотерапия

Задание 12. Девочка 2,5 месяцев поступил в отделение с неустойчивым стулом, с примесью крови в каловых массах, срыгиваниями до 6 раз в сутки, рвотой после кормления молочной смесью с примесью крови в небольшом количестве, беспокойством. Анамнез болезни: ухудшение состояния мать с переводом ребенка на молочную смесь. Отец ребенка страдает

бронхиальной астмой. Осмотр: ребенок нормотрофик, на коже щек, лба, волосистой части головы, наружной поверхности голеней и предплечий эритематозные папулы, живот несколько вздут, пальпация по ходу кишечника болезненная, урчание, стул 3 раза в сутки 5-6 тип по Бристольской шкале с примесью слизи и крови.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока). Аллергический гастроэнтероколит. Атопический дерматит, младенческая форма, распространенная форма, среднетяжелое течение, обострение.
2. ОАК, IgE общие и к белкам коровьего молока, копрограмма, анализ кала на дисбиоз, консультация гастроэнтеролога, аллерголога, дерматолога.
3. Вскармливание аминокислотными смесями, смесями – полными гидролизатами БКМ, антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды, эмоленты.

Задание 13. Девочка 14 лет на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе приступообразного характера во время дефекации с локализацией преимущественно в правой подвздошной области, стул 2-3 раза в сутки, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение, субфебрилитет. У матери – хронический колит, у бабушки по линии отца – язвенный колит. Осмотр: живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, преимущественно в правом квадранте, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Болезнь Крона, среднетяжелая степень, активная форма.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, фекальный кальпротектин, копрограмма, кал на скрытую кровь, ЭФГДС, колоноскопия, биопсия слизистых оболочек желудка и толстого кишечника, консультация гастроэнтеролога.
3. Препараты 5-АСК (месалазин), системные ГКС (преднизолон), иммунодепрессанты (азатиоприн, 6-меркаптопурин), ГИБП (адалимумаб, инфликсимаб).

Задание 14. Мальчик В., 1г.7мес. Поступил в стационар с жалобами на одышку, редкий малопродуктивный кашель, субфебрильную температуру с диагнозом: «Острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность II степени».

Анамнез: в 1 месяц перенёс ОРЗ в тяжелой форме, лечился стационарно; в 8 месяцев – тяжелая пневмония, лечение в отделении реанимации (14 часов находился на ИВЛ). После выписки периодически отмечались одышка, дистанционные хрипы, субфебрильная температура. В 11 месяцев повторная пневмония с затяжным течением. В дальнейшем сохранялись одышка при физической нагрузке, редкий малопродуктивный кашель, не стойкий субфебрилитет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние тяжелое, T=37,5°. Симптомы бронхообструкции (цианоз носогубного треугольника, дистанционные хрипы, дыхание с втяжением межреберных промежутков, экспираторная одышка с ЧД 38 в мин.). Аускультативно крепитирующие и мелкопузырчатые влажные хрипы с двух сторон, больше справа.

Общий анализ крови: Hb–125 г/л; Ht–37,8%; эритроциты–4,33x10<sup>12</sup>/л; тромбоциты–450x10<sup>9</sup>; лейкоциты–11,7x10<sup>9</sup>/л, п/я–1%, с/я–24%, эозинофилы–3%, лимфоциты–65%, моноциты –7 %; СОЭ–20 мм/час.

Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub>–91%.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очагово-инфильтративных изменений нет, легочные поля эмфизематозно вздуты, легочный рисунок обеднен в периферических отделах, больше справа.

Компьютерная томограмма органов грудной клетки: пневматизация легочной ткани повышена, перфузия мозаична, негомогенна; выявляются расширенные, заполненные воздухом, с утолщенной стенкой центральнобулярно расположенные бронхиолы; местами просвет мелких дыхательных путей сужен, а их стенка утолщена.

Диаскин-тест и проба Манту – отрицательные.

Антитела к ВИЧ в крови – не обнаружены.

Потовая проба – отрицательная.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента.

Эталон ответа

1. Хронический облитерирующий бронхиолит. Дыхательная недостаточность 2 степени.
2. Антибактериальная терапия с учётом флоры и чувствительности к антибиотикам, муколитики, оксигенотерапия. Лечение и диспансерное наблюдение у детского пульмонолога.

Задание 15. Девочка 10 лет. Жалобы на частые респираторные заболевания, постоянный кашель с отделением мокроты, одышку при физической нагрузке. Анамнез: в 6 лет перенесла левостороннюю сегментарную пневмонию, лечилась амбулаторно. На протяжении последних 6 месяцев отмечается кашель с гнойной мокротой, преимущественно по утрам. При осмотрах участковый врач почти постоянно выслушивал в нижних отделах левого легкого сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне нормальной температуры тела.

Объективно: кашель продуктивный, со слизисто-гнойной мокротой. Отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, асимметрия лопаток. Левая половина грудной клетки несколько меньше правой. Укорочение перкуторного звука слева под лопаткой. При аускультации множество сухих хрипов по задней поверхности грудной клетки. В нижних отделах слева дыхание ослабленное, выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы, ЧД22 в минуту. Граница относительной тупости сердца смещена влево.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлено смещение тени сердца влево, легочный рисунок слева обеднен.

Компьютерная томограмма органов грудной клетки: в проекции базальных сегментов нижней доли левого легкого определяются признаки пневмосклероза, утолщение стенок бронхов, деформация и расширение бронхов (бронхоэктазы).

Бронхоскопия: гнойный бронхит нижней доли левого легкого.

Посеве мокроты: выделена гемофильная палочка.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Бронхоэктатическая болезнь. Постпневмонический ограниченный пневмосклероз нижней доли левого легкого. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. Системная антибактериальная терапия при обострении заболевания (с учетом флоры и чувствительности к антибиотикам); муколитические препараты с целью улучшения отхождения мокроты (ацетилцистеин, амброксол).

**Задание 16.** Ребенок 12 лет, поступил с жалобами на продуктивный кашель, субфебрильную температуру. Анамнез: ребенок с раннего возраста часто болел респираторными заболеваниями. В семье курящие родители. С 5 лет на фоне ОРВИ отмечаются частые бронхиты (до 3–4 раз в год). У ребенка исключены заболевания, протекающие с вторичным хроническим бронхитом: бронхиальная астма, муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, пороки развития бронхо-легочной системы, иммунодефицитные состояния, аномалии крупных сосудов со сдавлением пищевода и дыхательных путей, аспирационный синдром, туберкулез и аспергиллез легких.

Объективно: состояние средней тяжести.  $T=37,6^{\circ}$ . Правильного телосложения, пониженного состояния питания. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка цилиндрической формы, при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации в легких с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные и рассеянные сухие хрипы, ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, нежный систолический шум на верхушке. ЧСС 84 в 1 мин. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка. Бронхоскопия: картина простого слизисто-гнойного эндобронхита. Бронхография: деформация стенок бронхов. Спирография: нарушение функции внешнего дыхания не выявлено.

**Задание:**

1. Ваш диагноз
2. План лечения.

Эталон ответа.

1. Хронический бронхит, средней степени тяжести, период обострения. ДН.
2. План лечения. Обильное питье. Антибактериальная терапия стартово препаратами широкого спектра действия с последующей коррекцией с учетом результатов исследования мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам. Муколитики.

**Задание 17.** Мама ребенка 1 года 2 мес обратилась к педиатру с жалобами на метеоризм, жидкий стул с кислым запахом до 4–5 раз в сут. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей физиологично. Роды срочные самостоятельные. Масса при рождении 3 190 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в первые сут, вакцинирован по календарю, прикорм введен по возрасту, мать сохраняет грудное вскармливание.

Впервые ребенок заболел в возрасте 1 года: отмечались повышение температуры до  $38,8^{\circ}\text{C}$ , рвота 3–4 раза в сут, пенистый водянистый стул со слизью до 6–7 раз в сут, выраженный метеоризм. С явлениями эксикоза I–II ст. госпитализирован в инфекционную больницу. При обследовании: кал на кишечную группу был отрицательным, выделен антиген ротавируса методом ИФА в фекалиях. В стационаре ребенок получал безмолочную диету, пероральную регидратацию, сорбенты, ферменты, пробиотики, проводилась инфузионная терапия. Ребенок выписан с выздоровлением через 10 дней. После выписки мама возобновила молочное питание ребенка (грудное вскармливание 2 раза в сут, каши на молоке, творог). На фоне питания у ребенка отмечалось беспокойство, вздутие и метеоризм через 30–40 мин после еды, расстройство стула: жидкий, пенистый с кислым запахом, 4–5 раз в сут. При осмотре обращало на себя внимание вздутие живота, урчание по ходу кишечника. В общем анализе крови и моче — без патологии, в копрограмме: рН — кислая, непереваренная клетчатка ++, слизь ++. При УЗИ брюшной полости: метеоризм кишечника, признаков изменений поджелудочной железы не выявлено.

**Задание:**

1. Ваш диагноз

## 2.Лечение

Эталон ответа:

1. Вторичная лактазная недостаточность после перенесенной ротавирусной инфекции
2. Продолжить кормление грудью

**Задание 18.** У вас на приеме ребенок в возрасте 2 мес. Девочка родилась доношенной, от физиологически протекавшей беременности, естественных родов. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 50 см. С рождения находится на искусственном вскармливании, получает смесь Нутрилон 1. Маму беспокоят срыгивания у ребенка после приема смеси (до 4-5 раз в сутки) небольшими порциями и склонность к запорам (стул через день), кал без патологических примесей, наличие младенческих колик. На момент осмотра масса тела девочки 4400 г, длина тела – 57 см. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям не отягощен.

Задание:

1. Предположительный диагноз
2. Рекомендации по вскармливанию

Эталон ответа:

1. Функциональные расстройства органов пищеварения
2. Перевести ребенка на смеси серии «Комфорт», содержащие частично гидролизованный белок, пребиотик, пробиотик (например, *L. Reuteri*), сниженный уровень лактозы, загуститель

**Задание 19.** У вас на приеме ребенок в возрасте 1 мес. Девочка родилась доношенной, от физиологически протекавшей беременности, естественных родов. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 50 см. С рождения находится на грудном вскармливании. Маму беспокоят ощущение нехватки молока, длительное пребывание ребенка у груди, после кормления грудь опорожняется полностью. На момент осмотра масса тела девочки 3600 г, длина тела – 53 см. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Наследственный анамнез: старший брат ребенка страдает сезонным аллергическим ринитом.

Задание

1. Ваша тактика с учетом особенностей физического развития ребенка и жалоб матери.
2. Назовите основные мероприятия при выявлении у матери гипогалактии
3. Какую смесь надо рекомендовать родителям при необходимости введения докорма?

Эталон ответа:

1. Рекомендовать контрольные взвешивания с целью учета количества молока у матери
2. Нормализация диеты и режима матери. Кормление ребенка по требованию, сцеживание молока после кормления, продолжить ночные кормления, назначение лактогонных средств
3. На основе частично гидролизованного белка

**Задание 20.** Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на тупые, ноющие боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Больного беспокоит отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Режим дня и диету не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, без элементов сыпи. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительные. Печень выступает на 0,5-1 см из-под края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, 1-2 тип по Бристольской шкале.

#### **Дополнительные данные исследования**

*Общий анализ крови:* НЬ - 132 г/л; Эр -  $4,4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,9; Лейкоциты -  $7,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связанный - 5,0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.

*Эзофагогастродуоденофиброскопия:* слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка очагово ярко гиперемирована, отечная, с единичными поверхностными эрозиями 0,1-0,2 см в диаметре, содержит слизь; луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

*Биопсийный тест (де-нол тест) на НР:* (++)

*Дыхательный уреазный тест:* положительный.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, экзогенность обычная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь - грушевидной формы, 85x37 мм (норма 75x30) с перегибом в области шейки, стенки не утолщены. Содержимое гомогенное. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены.

После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной экзогенности, не увеличена.

#### **Задание:**

1. Поставьте клинический диагноз .
2. Назначьте лечение данному больному
3. Какая Ваша тактика при отсутствии эффекта от проведения 1 линии эрадикационной терапии?

#### **Эталон ответа**

1. Основной диагноз: Хронический антральный эрозивный гастрит, НР-ассоциированный, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: дисфункция желчного пузыря на фоне малой аномалии развития желчного пузыря (перегиб в области шейки), гипомоторный вариант.
2. а) Диета щадящая (механическое и химическое щажение)  
б) Эрадикационная терапия 1 линии (трёхкомпонентная): амоксициллин (500 мг 2 раза/сут)+кларитромицин (250 мг 2 раза/сут)+ИПП (омепразол 10 мг 2 раза в день) 10 дней, затем антациды (учитывая склонность к запору, лучше назначать Mg-содержащие антациды, например: Milk of magnesia, Альмагель по 1 доз.ложке 3 раза/сут продолжительностью 3 недели.Адьювантная терапия (пробиотики – энтерол, или бифиформ, или релалайф) назначается с 1-го дня эрадикационной терапии – 3-4 недели.  
в) Учитывая гипотоническую дисфункцию желчного пузыря, назначается универсальный прокинетик – тримедат по 100 мг 3 раза/сут – 2 недели, а также препараты УДХК (урсофальк, урдокса, урсосан) 10 мг/кг/сут – 250 мг 1 раз на ночь 3 недели (Или хофитол по 1 т. 3 раза /сут – 3 недели). Затем тюбажи по Демьянову 1 раз в неделю в течение 1 месяца.

3. При отсутствии эффекта от 1 линии эрадикационной терапии, желательно оценить чувствительность НР к антибиотикам. Если такой возможности нет – назначение 2 линии эрадикационной терапии: квадросхема (последовательная терапия): ИПП+соли висмута (10 дней)+амоксциллин (5 дней), затем джозамицин (5 дней) или трёхкомпонентная схема: ИПП (омепразол) + левофлоксацин (моксифлоксацин, цiproфлоксацин) + амоксициллин (10 дней).

Задание 21. Девочка, 2 года 6 мес. заболела остро, когда появились заложенность носа, сухой поверхностный кашель, повышение температуры до 38,0° С., ухудшение аппетита, вялость. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, чистые. Лимфоузлы всех групп мелкие, эластичные. Носовое дыхание затруднено, серозное отделяемое из носовых ходов. Зев умеренно гиперемирован, по задней стенке глотки стекает небольшое количество прозрачной слизи. Слизистая полости рта чистая, розовая. Перкуторно над легкими ясный лёгочный звук, дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Число дыханий 32 в 1 мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, пульс 128 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Задание**

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения

Эталон ответа:

1. Острая респираторная вирусная инфекция (острый назофарингит)
2. Противовирусная терапия: препараты интерферона (гриппферон или Виферон) в возрастной дозировке 5 дней) или умифеновир в суспензии 50 мг (10 мл) 4 раза в день до еды; жаропонижающие при Т выше 38,5°; Симптоматическая терапия: амброксол 2,5 мл сиропа 3 раза в день после еды; жаропонижающие при Т выше 38,5° . Противовирусная и симптоматическая терапия: препараты интерферона (гриппферон по 2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день в течение 5 дней или Виферон 150000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в день каждые 12 часов в течение 5 дней); умифеновир в суспензии 50 мг (10 мл) 4 раза в день до еды; амброксол 2,5 мл сиропа 3 раза в день после еды; жаропонижающие при Т выше 38,5°

Задание 22. Мальчик К., 10 мес. заболел 3 дня тому назад, когда появился насморк, повысилась температура до 37,2°. Ребёнок был активным, сохранялся аппетит, однако сегодня состояние резко ухудшилось, присоединились кашель, одышка и ребёнок скорой помощью госпитализирован в стационар. При осмотре состояние тяжелое, беспокойный, отмечается частый сухой кашель, температура 37,8°. Кожные покровы чистые, периоральный цианоз. Одышка экспираторного характера, число дыханий 68 в 1 минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, крылья носа напряжены, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, мраморность кожных покровов. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук, при аускультации на фоне жесткого дыхания выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 148 в 1 минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2-2,5 см из-под края реберной дуги. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Задание**

1. Ваш диагноз
3. Тактика лечения

Эталон ответа:

1. Обструктивный бронхит, ДН 2-3 ст.

2. Бронхолитики (ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты – сальбутамол или комбинированные препараты – фенотерол+ипратропиума бромид) , ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид) через небулайзер

**Задание 23.** Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на тупые, ноющие боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Больного беспокоит отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Режим дня и диету не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, без элементов сыпи. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительные. Печень выступает на 0,5-1 см из-под края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, 1-2 тип по Бристольской шкале. Диагноз: Хронический антральный эрозивный гастрит, НР-ассоциированный, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: дисфункция желчного пузыря на фоне малой аномалии развития желчного пузыря (перегиб в области шейки), гипомоторный вариант.

**Задание:**

1. Какая Ваша тактика при отсутствии эффекта от проведения 1 линии эрадикационной терапии?

**Эталон ответа**

1. При отсутствии эффекта от 1 линии эрадикационной терапии, желательно оценить чувствительность НР к антибиотикам. Если такой возможности нет – назначение 2 линии эрадикационной терапии: квадросхема (последовательная терапия): ИПП+соли висмута (10 дней)+амоксициллин (5 дней), затем джозамицин (5 дней) или трёхкомпонентная схема: ИПП (омепразол) + левофлоксацин (моксифлоксацин, ципрофлоксацин) + амоксициллин (10 дней).

**Задание 24.** У ребенка 14 лет после ссоры с отцом резко ухудшилось состояние: стал жаловаться на сильные головные боли, сердцебиение, сухость во рту, озноб, чувство тревоги. При осмотре педиатром на дому: кожные покровы бледные, сухие, дермографизм розовый нестойкий, лицо испуганное. Дыхание 30 в минуту, свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы сердца: левая - на 0,5 см кнутри от левой сосковой линии, верхняя - по верхнему краю третьего ребра, правая - по правой, стеральной линии. Тоны сердца громкие, чистые, отмечается тахикардия 128 в минуту, пульс удовлетворительного наполнения. Артериальное давление: систолическое - 170, диастолические - 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберного края. Зев бледный, чистый.

**Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Терапевтическая тактика

**Эталон ответа.**

1. Синдром вегетативной дистонии, симпатикотонический тип, кризовое течение (симптоадреналовый пароксизм)

2. Терапевтическая тактика: Необходимо успокоить ребенка, объяснив благоприятный прогноз при этом заболевании. Седативная фитотерапия (валериана, боярышник или корвалол – 1 капля на 1 год жизни). Глицин 0,1 мг (1 табл. – детям до 14 лет, старше 14 лет – глицин –форте 1 табл.). При головной боли и лихорадке – внутрь ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг или ибуклин парацетамол и ибупрофен) При длительном

возбуждении и признаках судорожной готовности – в/м ввести 0,5% раствор диазепама по 0,05 мг/кг (0,1 мл/кг) в/м, но не более 10 мг (2 мл) однократно. При выраженном повышении АД и тахикардии препаратами первой линии являются β-адреноблокаторы (пропранолол, анаприлин, обзидан, индерал) в дозе от 0,5 мг до 1 мг как парентерально, так и энтерально). Необходимо соблюдение режима дня: достаточный сон, пребывание на свежем воздухе. Психотерапия.

**Задание 25.** Ребенку 5 мес. Находится на естественном вскармливании. Ежедневно получает грудное молоко 4 раза, овощное пюре 1 раз, фруктовые соки, фруктовое пюре промышленного выпуска, 50г творога «Агуша». При осмотре — активный, физическое и психомоторное развитие по возрасту, кожа чистая, по органам без патологии, стул 2-3 раза в день.

**Задание.** Оцените вскармливание ребенка, дайте рекомендации.

**Эталон ответа.**

В питании ребенка преждевременно и в большом количестве введен творог и сок.

Рекомендации: Ребенку ближе к 6 мес вводят второй прикорм кашей. При неотягощенном семейном анамнезе в отношении аллергических болезней можно предложить 5% молочную кашу, выбрав один из безглютеновых зерновых видов (рис, гречку, кукурузу). От творога следует отказаться, ввести позднее, не ранее 8 мес в количестве до 30 г. Сок также нельзя вводить ранее 8 мес.

**Задание 1. Вопрос для собеседования**

Мальчик 14 лет с хроническим непрерывно рецидивирующим течением язвенного колита поступил в детское гастроэнтерологическое отделение для назначения лечения препаратом генно-инженерной биологической терапии. Какой препарат генно-инженерной биологической терапии рекомендовано назначать пациентам с хроническим непрерывно рецидивирующим течением язвенного колита в качестве препарата первой линии согласно клиническим рекомендациям (название, режим дозирования)?

**Эталон ответа:** детям с 6 лет рекомендовано назначать ингибитор фактора некроза опухоли альфа – инфликсимаб в дозе 5 мг/кг (3 индукционных на 0, 2 и 6 неделях последующим введением по 5 мг/кг каждые 8 недель в качестве поддерживающей терапии).

**Задание 2. Вопрос для собеседования**

Ребёнку 1 месяц, находится на грудном вскармливании. Наследственный анамнез отягощен: у отца - сезонный аллергический ринит, у матери - атопический дерматит, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. Жалобы: ребёнок срыгивает обильно с рождения после каждого кормления, беспокоен после кормления, ежедневно приступы колик 3 раза по 1-1,5 часа, стул жидкий со слизью и прожилками крови. На момент осмотра кожные покровы бледные, сухость кожи конечностей, на плечах и бедрах единичные пятна красного цвета, шелушение, в паховых и межъягодичной складках яркая гиперемия кожи. Врач педиатр заподозрил у ребёнка аллергию к белкам коровьего молока. Какая тактика врача в данном случае согласно клиническим рекомендациям?

**Эталон ответа:** Рекомендовано проведение диагностической элиминационной (безмолочной) диеты с исключением продуктов, содержащих белки коровьего молока, а также молока других млекопитающих и говядину (телятину). При грудном вскармливании все эти продукты исключаются из рациона матери. Продолжительность диагностической диеты зависит от клинической картины и должна быть достаточной, чтобы оценить уменьшение/исчезновение клинических симптомов. Продолжительность может колебаться от 7-10 дней у детей с реакциями немедленного типа до 2-4 недель у

детей с отсроченными и хроническими реакциями. Соблюдение элиминационной диеты должно сопровождаться мониторингом показателей физического развития ребенка. Наружная терапия кожи эмолентами. Лечение опрелостей кремом с цинком, воздушные ванны, частая смена подгузника (каждые 2 часа).

Задание 3. Вопрос для собеседования

Ребёнок 5 лет с атопическим дерматитом средней степени тяжести, детская форма, ограниченный, период неполной ремиссии получает наружно мазь 0,03% такролимус 2 раза в сутки 3 недели с положительной динамикой. Тактика врача согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* уменьшить частоту применения до одного раза в сутки, лечение продолжать до полного регресса очагов поражения.

Задание 4. Вопрос для собеседования

Ребёнку 9 лет с атопическим дерматитом тяжелой степени тяжести, распространенным, детская форма, период обострения, решено назначить системную монотерапию. Масса тела 31 кг. Выберите препарат и напишите дозировку, режима введения согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* Допилумаб, начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели подкожно.

Задание 5. Вопрос для собеседования

У ребёнка 7 месяцев с диагнозом: Атопический дерматит, средней степени тяжести, младенческая форма, период обострения, ограниченный; появились местные признаки вторичного инфицирования. Тактика врача согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* Мупицин 2% мазь наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки не более 10 дней.

Задание 6. Вопрос для собеседования

Ребенок 8 лет наблюдается с типичной клинической картиной острого вирусного бронхита без лихорадки на амбулаторном этапе. Ваша тактика обследования и лечения согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* Учитывая благоприятное течение острого бронхита необходимости в этиологической диагностике нет, не рекомендуется рутинно проводить общий анализ крови, исследование уровня С-реактивного белка. В то же время экспресс-тесты на вирусные инфекции показаны, что позволит уменьшить частоту неоправданного назначения антибактериальной терапии. Не рекомендуется в типичных случаях ОБ у детей проводить рентгенографическое исследование органов грудной клетки. Лечение острого бронхита у детей предусматривает применение общей диеты, обильного теплого питья. Рекомендуется назначение лекарственных средств группы «муколитические препараты» - при вязкой, трудно отделяемой мокроте. рекомендуются дыхательные упражнения дренажные (дренаж грудной клетки), стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции.

Задание 7. Вопрос для собеседования

Ребенку 5 лет участковым врачом поставлен диагноз: Острый бронхит. Лечится амбулаторно.

Какие подходы при назначении лечения согласно клиническим рекомендациям недопустимы?

*Эталон ответа:* Не рекомендуется применение у детей при остром бронхите антигистаминных средств системного действия, электрофореза, терапии с применением ультравысокочастотного воздействия, ультрафиолетового излучения, горчичников,

банок в связи с тем, что потенциальный вред от их применения существенно превышает возможную пользу. Не рекомендуется антибактериальная терапия при остром бронхите вирусной этиологии ввиду неэффективности. Не рекомендуется рутинно использовать для лечения обструктивных форм бронхитов препараты системного применения: пероральные формы селективных  $\beta_2$ -адреномиметиков, ксантины, в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов.

#### Задание 8. Вопрос для собеседования

В отделении детской больницы лечится ребенок 3 лет с острым бронхитом, сопровождающимся синдромом бронхиальной обструкции на фоне острой респираторной инфекции. Отмечается неэффективность применения селективных бета-2 адреномиметиков в комбинации с антихолинэргическими средствами. Из анамнеза известно, что у ребенка ранее не отмечалось эпизодов бронхообструкции. Ваша тактика согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* рекомендуется рассмотреть назначение ингаляционных глюкокортикостероидов коротким курсом в высоких дозах в течение 7 - 10 дней детям с бронхиальной обструкцией на фоне острой респираторной инфекции при отсутствии симптомов между подобными эпизодами. При повторении данной клинической ситуации следует оценить вероятность развития бронхиальной астмы у ребенка и/или других бронхолегочных болезней, протекающих с клиническими признаками бронхиальной обструкции.

#### Задание 9. Вопрос для собеседования

В отделение детской больницы поступил ребенок 2 лет с острым бронхитом, сопровождающимся синдромом бронхиальной обструкции. Ваша тактика согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* Рекомендуется назначение препаратов, обладающих бронхолитическим действием: селективные  $\beta_2$ -адреномиметики или адренэргические средства в комбинации с антихолинэргическими средствами (сальбутамол, комбинация фенотерол + ипратропия бромид) через небулайзер коротким курсом до 5 дней.

#### Задание 10. Вопрос для собеседования

В амбулаторных условиях лечится ребенок 14 лет по поводу гриппа с тяжелым течением и острым бронхитом из группы риска по нейрососудистой дистонии. Ваша лечебная тактика.

*Эталон ответа:* рекомендуется назначение ингибиторов нейраминидазы детям с острым бронхитом на фоне гриппа со среднетяжелым и тяжелым течением инфекции и детям из групп риска (осельтамивир, занамивир).

#### Задание 11. Вопрос для собеседования

Ребенку 3 месяца. Мать ребенка предъявляет жалобы на наличие у ребенка срыгиваний после каждого кормления объемом 5 мл, без патологических примесей. Ребенок находится на искусственном вскармливании. На основании анализа данных анамнеза и объективного исследования педиатр сделал заключение: Младенческие срыгивания. Какова врачебная тактика при этом виде функциональных расстройств органов пищеварения у детей грудного возраста?

*Эталон ответа:* Постуральная терапия с кормлением ребенка под углом 45-60°, после кормления следует удерживать ребенка в вертикальном положении не менее 20-30 мин. Не рекомендуется придание ребенку вынужденного положения во время сна (приподнятый головной конец кровати, горизонтальное положение на животе), вследствие риска синдрома внезапной детской смерти. Правильная техника вскармливания с целью предотвращения аэрофагии и перекорма. Назначение

антирефлюксной молочной смеси, содержащей в составе загуститель (камедь или крахмалы), объем подбирается индивидуально до прекращения срыгиваний, с применением лечебной смеси в начале кормления. Продолжительность применения антирефлюксных смесей индивидуальна, до 2-3 мес. После достижения стойкого терапевтического эффекта ребенка переводят на адаптированную молочную смесь. Назначение антисекреторных препаратов и прокинетики неэффективно.

Задание 12. Вопрос для собеседования

Умальчика 14 лет при осмотре врачом-педиатром выявлено повышение артериального давления -  $\geq 90$ -го до  $\leq 95$  центиля для данного пола и возраста. Ваша лечебная тактика.

**Эталон ответа:** При выявлении у подростка повышенного артериального давления медикаментозная терапия не проводится. Рекомендуются немедикаментозное лечение и наблюдение: снижение избыточной массы тела, оптимизация двигательной активности, рациональное питание, отказ от курения. Также показаны немедикаментозные воздействия для коррекции вегетативных нарушений: массаж, иглорефлексотерапия; водные процедуры (ванны углекислые, сульфидные, жемчужные; душ Шарко, циркулярный душ) и/или медикаментозное лечение, которое может включать назначение ноотропных и вегетотропных препаратов с седативным действием (гопантеновая кислота, Магне В6).

Задание 13. Вопрос для собеседования

Особенности вскармливания ребенка первого года жизни с функциональными расстройствами органов пищеварения.

**Эталон ответа.** При срыгиваниях – антирефлюксные смеси, содержащие в качестве загустителя крахмал или камедь рожкового дерева, при коликах – смеси из линейки «Комфорт», при запорах – кисломолочные и/или антирефлюксные смеси.

Задание 14. Вопрос для собеседования

Программа лечения больных бронхиальной астмой:

**Эталон ответа** Обучение больных, в результате которого они должны стать соратниками врачей. Оценка и мониторинг тяжести бронхиальной астмы с помощью объективных показателей, отражающих легочную функцию. Избегание контакта или контролируемое влияние факторов, являющихся пусковыми механизмами развития приступов бронхиальной астмы. Разработка плана медикаментозной терапии для постоянного лечения. Разработка плана мероприятий в период обострения. Обеспечение регулярного наблюдения за больным.

Задание 15. Вопрос для собеседования

Острый обструктивный бронхит, особенности лечение.

**Эталон ответа.** Противовирусные препараты, антибиотики по показаниям, оксигенотерапия, муколитические средства, ингаляционная терапия.

Задание 16. Вопрос для собеседования

Показания для назначения антибактериальных препаратов у детей с острым бронхитом.

**Эталон ответа** Сохранение температуры тела  $\geq 38^\circ$  более 3 суток. Подозрение на пневмонию (выраженная асимметрия физикальных данных, нарастание дыхательной недостаточности на фоне токсикоза, лейкоцитоз  $>15 \times 10^9/\text{л}$ , у детей до 3 мес  $>20 \times 10^9/\text{л}$ , повышение уровней С-реактивного белка  $>30$  мг/л и прокальцитонина  $>2$  нг/мл). Детям

первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия, рахит, анемия, пороки развития, иммунодефицитное состояние). Следует помнить, что широкое применение антибактериальных препаратов даже в случае подозрения на наличие бактериальной этиологии острого бронхита, должно быть обосновано тяжестью состояния и лабораторными маркерами бактериального воспаления.

Задание 17. Вопрос для собеседования

Острый обструктивный бронхит. Особенности терапии.

**Эталон ответа** Лечение бронхита с синдромом бронхиальной обструкции начинается с назначения ингаляционной терапии. Детям старшего возраста возможно использование дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) через спейсер. В зависимости от тяжести БОС используют для ингалирования следующие фармакологические группы: бета-2 адреномиметики (сальбутамол, беротек), холинолитики (атровент), комбинированные препараты (беродуал), ингаляционные кортикостероиды (будесонит, пульмикорт). Бронхоспазмолитики используют по потребности, не более 3-4 раз в день: - сальбутамол, беротек на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл. - беродуал (фенотерол + ипратропия бромид) на прием 2 капли/кг, максимально 10 капель (0,5 мл). Получение эффекта через 20 минут (рост  $SpO_2$ , уменьшение частоты дыхательных движений (ЧДД) на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии. При отсутствии эффекта – дальнейшее проведение ингаляции бронхоспазмолитиков не имеет смысла. ИГКС показаны при подостром и прогрессирующем характере процесса БОС, нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией ( $SpO_2$  менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены  $\beta_2$ -агонистов.

Задание 18. Вопрос для собеседования

Задачи успешного лечения бронхиальной астмы.

**Эталон ответа** достижения и установлении контроля над симптомами; предотвращении обострений астмы; поддержании функции легких максимально близко к нормальному уровню; поддержании нормального уровня физической активности, включая занятия спортом

Задание 19. Вопрос для собеседования

Принципы терапии детей с легким течением бронхиальной астмы.

**Эталон ответа.** Назначают низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (100-200 мкг/сутки) или антагонисты лейкотриеновых рецепторов в виде монотерапии. Каждые 3 месяца объем базисной терапии пересматривается в зависимости от достигнутого эффекта. Детям раннего возраста препараты ингалируют с помощью специального устройства – спейсера, представляющего собой пластиковую колбу, в которую сначала впрыскивается препарат, а затем ребенок спокойно из неё дышит.

Задание 20. Вопрос для собеседования

Противокашлевые средства в лечение острых бронхитов у детей.

**Эталон ответа.** Противокашлевые средства центрального действия могут назначаться в отдельных случаях коротким курсом при сухом мучительном болезненном кашле,

отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции. Например, бутамират: капли 4 р./день: детям 2-12 месяцев по 10; 1-3 лет по 15 капель, сироп: 3 р./день: детям 3-6 лет – по 5 мл; 6-12 лет – по 10 мл; депо-таблетки 50 мг детям старше 12 лет по 1-2 таб. в день.

Задание 21. Вопрос для собеседования.

Диетотерапия при аллергии к белкам коровьего молока у детей на смешанном и искусственном вскармливании.

*Эталон ответа:* Из питания ребенка необходимо исключить смеси на основе коровьего молока и прикорм, содержащий белки коровьего молока или другие немодифицированные молочные животные белки (козье, овечье молоко). Используются смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или смеси на основе аминокислот.

Задание 22. Вопрос для собеседования.

Показания к назначению смесей на основе аминокислот у детей согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* Тяжелая аллергия к белкам коровьего молока: анафилаксия; множественная пищевая аллергия; симптомы аллергии или тяжелый атопический дерматит у детей на исключительно грудном вскармливании; тяжелые формы не-IgE-зависимой гастроинтестинальной аллергии на белки коровьего молока (аллергический эозинофильный эзофагит, индуцированная белками коровьего молока энтеропатия, индуцированный пищевыми белками энтероколит); задержка физического развития; аллергические реакции на высоко гидролизованные формулы или отказ от их приема; синдром Гейнера.

Задание 23. Вопрос для собеседования.

Продолжительность соблюдения безмолочной диеты у детей при аллергии к белкам коровьего молока согласно клиническим рекомендациям.

*Эталон ответа:* При аллергии к белкам коровьего молока вопрос о сроках соблюдения безмолочной диеты решается индивидуально. Однако минимальные сроки исключения из питания определены международными документами - не менее 6 месяцев, при наличии тяжелых реакций – не менее 12-18 месяцев. Дальнейшая тактика ведения ребенка определяется характером клинических проявлений и результатами обследования и наблюдения. Неоправданная по длительности элиминационная диета считается нежелательной для ребенка, поэтому максимальная продолжительность безмолочной диеты без повторного обследования не должна превышать 12 месяцев даже у детей с выраженной симптоматикой аллергии и высоким уровнем IgE к белкам коровьего молока (18 месяцев – при очень тяжелых и анафилактических реакциях).

Задание 24. Вопрос для собеседования

Показания для назначения антибактериальных препаратов у детей с острым бронхитами.

*Эталон ответа.* Сохранение температуры тела  $\geq 38^\circ$  более 3 суток. Подозрение на пневмонию (выраженная асимметрия физикальных данных, нарастание дыхательной недостаточности на фоне токсикоза, лейкоцитоз  $>15 \times 10^9/\text{л}$ , у детей до 3 мес  $>20 \times 10^9/\text{л}$ , повышение уровней С-реактивного белка  $>30$  мг/л и прокальцитонина  $>2$  нг/мл). Детям первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия, рахит, анемия, пороки развития, иммунодефицитное состояние). Следует помнить, что широкое применение антибактериальных препаратов даже в случае подозрения на

наличие бактериальной этиологии острого бронхита, должно быть обосновано тяжестью состояния и лабораторными маркерами бактериального воспаления.

Задание 25. Вопрос для собеседования

Эрадикационная терапия НР-инфекции

**Эталон ответа.** Эрадикационная терапия назначается всем больным с ХГД типа В. В качестве первой линии лечения рекомендован курс «тройной» терапии продолжительностью 7 дней: омепразол (0,5 мг/кг) + амоксициллин (50 мг/кг) + кларитромицин (7,5 мг/кг). Эффективность терапии составляет 80-85%. Если не удалось добиться полной эрадикации возбудителя, следует назначить вторую линию терапии (квадротерапия) на 7 дней: де-нол (по 120 мг 4 раза в день) + омепразол + кларитромицин + метронидазол

Задание 26. Вопрос для собеседования

Острый обструктивный бронхит. Особенности терапии.

**Эталон ответа.** Лечение бронхита с синдромом бронхиальной обструкции начинается с назначения ингаляционной терапии. Детям старшего возраста возможно использование дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) через спейсер. В зависимости от тяжести БОС используют для ингалирования следующие фармакологические группы: бета-2 адреномиметики (сальбутамол, беротек), холинолитики (атровент), комбинированные препараты (беродуал), ингаляционные кортикостероиды (будесонит, пульмикорт). Бронхоспазмолитики используют по потребности, не более 3-4 раз в день: - сальбутамол, беротек на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл. - беродуал (фенотерол + ипратропия бромид) на прием 2 капли/кг, максимально 10 капель (0,5 мл). Получение эффекта через 20 минут (рост SaO<sub>2</sub>, уменьшение частоты дыхательных движений (ЧДД) на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии. При отсутствии эффекта – дальнейшее проведение ингаляции бронхоспазмолитиков не имеет смысла. ИГКС показаны при подостром и прогрессирующем характере процесса БОС, нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO<sub>2</sub> менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β<sub>2</sub>-агонистов.

Задание 27. Вопрос для собеседования

Особенности диетотерапии у детей с пневмонией.

**Эталон ответа.** Питание ребенка должно быть полноценным и соответствовать возрасту. При явлениях дыхательной недостаточности объем пищи уменьшается на 1/2-1/3, а число кормлений увеличивается на 1-2. В питании более старших детей используют легкие блюда, соки, морсы, фрукты. Недостающий объем жидкости необходимо восполнять глюкозо-солевыми растворами (оралит, регидрон), чаем, компотом, водой, фруктово-овощными отварами. Общая суточная потребность в жидкости у детей с пневмониями рассчитывают по формуле: возрастная физиологическая потребность и патологические потери с учетом перспирации (10 мл/кг на каждые 10 дыханий выше нормы) и потоотделения при лихорадке -10 мл/кг на каждый градус выше нормы.

Задание 28. Вопрос для собеседования

Принципы терапии детей со среднетяжелым течением бронхиальной астмы.

**Эталон ответа.** назначают ингаляционные глюкокортикостероиды в средних дозах (200 – 400 мкг/сутки), которые обладают мощной противовоспалительной активностью. Для лечения используются фликсотид, беклазон Эко, альвеско. Ингаляционные кортикостероиды не имеют серьезных побочных эффектов. Менее чем у 2% пациентов отмечается оральная кандидоз, профилактика которого заключается в использовании спейсера и полоскании рта водой после ингаляции.

При нестабильном состоянии больных к ингаляционным ГКС следует добавить  $\beta$ 2-агонисты длительного действия – формотерол (форадил, атимос) или сальметерол (серевент). Оба препарата оказывают выраженный бронхорасширяющий эффект, сохраняющийся в течение 12 часов. Они также улучшают мукоцилиарный клиренс, снижают бронхиальную гиперреактивность. Форадил ингалируется по 12 мкг дважды в день. В лечении бронхиальной астмы высокой эффективностью обладают комбинированные препараты, содержащие ингаляционный глюкокортикостероид и пролонгированный  $\beta$ 2-агонист. Для лечения детей с бронхиальной астмой используются серетид (комбинация флутиказона и сальметерола) и симбикорт (комбинация будесонида и формотерола). Также возможно добавление в схему терапии антагонистов лейкотриеновых рецепторов (сингуляр) с целью контроля лейкотриенового пути развития воспаления. Сингуляр принимается внутрь 1 раз в день вечером по 4 мг (2-5 лет), или 5 мг (6-12 лет), или 10 мг (старше 12 лет).

Задание 29. Вопрос для собеседования

Противокашлевые средства в лечение острых бронхитов у детей.

**Эталон ответа.** Противокашлевые средства центрального действия могут назначаться в отдельных случаях коротким курсом при сухом мучительном болезненном кашле, отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции. Например, бутамират: капли 4 р./день: детям 2-12 месяцев по 10; 1-3 лет по 15 капель, сироп: 3 р./день: детям 3-6 лет – по 5 мл; 6-12 лет – по 10 мл; депо-таблетки 50 мг детям старше 12 лет по 1-2 таб. в день.

Задание 30. Вопрос для собеседования

Оценка эффективности антибиотикотерапии у детей с пневмонией.

**Эталон ответа.** Полный эффект: снижение температуры менее  $38^{\circ}\text{C}$  через 24-48 часов при неосложненной и через 3-4 суток при осложненной пневмонии на фоне улучшения состояния и аппетита, уменьшения одышки. В эти сроки рентгенологические изменения не нарастают или уменьшаются. Частичный эффект: сохранение фебрильной температуры по истечении указанных выше сроков при снижении степени токсикоза, одышки, улучшении аппетита и при отсутствии отрицательной рентгенологической динамики. Такой эффект обычно наблюдается при деструктивных пневмониях и/или при метапневмоническом плеврите. В этом случае смены антибиотика не требуется. Отсутствие эффекта: сохранение фебрильной температуры в течение 36-72 часов при ухудшении состояния и (или) нарастании патологических изменений в легких или плевральной полости. При хламидиозе и пневмоцистозе отмечается нарастание одышки и гипоксемии. Отсутствие эффекта требует смены антибиотика.

Задание 31. Вопрос для собеседования

Стартовая антибиотикотерапия у детей с пневмонией.

**Эталон ответа.** При типичной форме показаны амоксициллин, макролиды, альтернативными являются парентеральные противокочковые препараты. При атипичной пневмонии лечение целесообразно начинать с макролидных АБП. Тяжелые формы пневмоний у детей всех возрастов, как правило, являются показанием к госпитализации. Используются защищенные пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, иногда в комбинации с аминогликозидами. При подозрении на стафилококковую этиологию лечение может быть начато с ванкомицина.

Задание 32. Вопрос для собеседования

Особенности диетотерапии детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Эталон ответа.** В фазу обострения назначают диету № 1, включающую нежирное отварное мясо, курицу и рыбу, некислый творог, вермишель, картофельное и овощное пюре, черствый белый хлеб. Число приемов пищи - 4 - 5 раз в день. Продолжительность диеты - до 3 - 4 мес. В дальнейшем возможно расширение диеты, но с исключением острых блюд, копченостей, солений, грубой клетчатки (редис, редька, фасоль, горох).

Задание 33. Вопрос для собеседования

Принципы лечения целиакии.

**Эталон ответа.** Терапия: безглютеновая диета, коррекция дефицита микронутриентов (железа, кальция, фолиевой кислоты, витамина D, витамина B12), использование мукоцитопротекторов – адсорбентов на фоне выраженной диареи, применение глюкокортикоидных препаратов в случае тяжелого течения заболевания с выраженной белково-энергетической недостаточностью.

Задание 34. Вопрос для собеседования

Принципы терапии детей с тяжелым течением бронхиальной астмы.

**Эталон ответа.** используют ИГКС в высоких дозах от 600 мкг/сутки. В качестве стартовой терапии предпочтительны комбинированные препараты (серетид, симбикорт, форадил-комби). В лечение включают также антагонисты лейкотриеновых рецепторов. При отсутствии стабильного состояния при тяжелой бронхиальной астме на фоне применения ИГКС в лечении детей старше 12 лет возможно использование антител к IgE (Ксолар). Значительно реже для предупреждения развития приступов удушья используют теофиллины длительного действия. Теофиллин ингибирует активность фосфодиэстеразы, что приводит к повышению уровня цАМФ в тканях и расслаблению гладкой мускулатуры бронхов. Суточная доза пролонгированных теофиллинов (теотард) составляет 12—15 мг/кг массы тела в 2 приема.

Задание 35. Вопрос для собеседования

Характеристика лечебных смесей, используемых при пищевой аллергии (аллергии к белкам коровьего молока) у детей первого года жизни.

**Эталон ответа** 1) профилактические смеси – частичные гидролизаты БКМ, 2) лечебные смеси – полные гидролизаты БКМ, аминокислотные смеси, 2) соевые смеси, 3) смеси на основе беков козьего молока.

Задание 36. Вопрос для собеседования

Причины неэффективности эрадикационной терапии.

**Эталон ответа.** Неправильный выбор антибиотиков, несоблюдение длительности лечения, низкие дозы антибиотиков. внутрисемейная циркуляция *H. pylori*

Задание 37. Вопрос для собеседования

Стартовая антибиотикотерапия у детей с пневмонией.

**Эталон ответа.** При типичной форме показаны амоксициллин, макролиды, альтернативными являются парентеральные противокочковые препараты. При атипичной пневмонии лечение целесообразно начинать с макролидных АБП. Тяжелые формы пневмоний у детей всех возрастов, как правило, являются показанием к госпитализации. Используются защищенные пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, иногда в комбинации с аминогликозидами. При подозрении на стафилококковую этиологию лечение может быть начато с ванкомицина.

Задание 38. Вопрос для собеседования

Оценка эффективности антибиотикотерапии у детей с пневмонией.

**Ответ Эталон ответа.** Полный эффект: снижение температуры менее 38°C через 24-48 часов при неосложненной и через 3-4 суток при осложненной пневмонии на фоне улучшения состояния и аппетита, уменьшения одышки. В эти сроки рентгенологические изменения не нарастают или уменьшаются. Частичный эффект: сохранение фебрильной температуры по истечении указанных выше сроков при снижении степени токсикоза, одышки, улучшении аппетита и при отсутствии отрицательной рентгенологической динамики. Такой эффект обычно наблюдается при деструктивных пневмониях и/или при метапневмоническом плеврите. В этом случае смены антибиотика не требуется. Отсутствие эффекта: сохранение фебрильной температуры в течение 36-72 часов при ухудшении состояния и (или) нарастании патологических изменений в легких или плевральной полости. При хламидиозе и пневмоцистозе отмечается нарастание одышки и гипоксемии. Отсутствие эффекта требует смены антибиотика.

Задание 39. Вопрос для собеседования

Язвенная болезнь желудка, принципы терапии.

**Эталон ответа** В качестве первой линии лечения рекомендован курс «тройной» терапии (7 дней) или «квадротерапии» на 7 дней (терапия второй линии) (см. тему «Хронический гастродуоденит»). Ингибиторы протонной помпы – омепразол, рабепразол, назначают внутрь по 10 – 20 мг 1 раз в день перед сном. Курс 4 недели. Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (цитопротекторы): сукральфат (вентер), синтетические аналоги простагландинов – мизопростол (цитотек); коллоидный субцитрат висмута (де-нол), растительного происхождения – ликвиритон, алантон. Прокинетики (по показаниям): домперидон (мотилиум). Спазмолитики: дюспаталин, но-шпа курс 2 – 4 недели. Холинолитики: риабал, бускопан. Вегетотропная терапия.

Задание 40. Вопрос для собеседования

Особенности диетотерапии у детей с пневмонией.

**Эталон ответа.** Питание ребенка должно быть полноценным и соответствовать возрасту. При явлениях дыхательной недостаточности объем пищи уменьшается на 1/2-1/3, а число кормлений увеличивается на 1-2. В питании более старших детей используют легкие блюда, соки, морсы, фрукты. Недостающий объем жидкости необходимо восполнять глюкозо-солевыми растворами (оралит, регидрон), чаем, компотом, водой, фруктово-овощными отварами. Общая суточная потребность в жидкости у детей с пневмониями рассчитывают

по формуле: возрастная физиологическая потребность и патологические потери с учетом перспирации (10 мл/кг на каждые 10 дыханий выше нормы) и потоотделения при лихорадке -10 мл/кг на каждый градус выше нормы.

Задание 41. Вопрос для собеседования

Назовите критерии полной эффективности антибиотикотерапии при лечении пневмоний.

**Эталон ответа:** снижение температуры ниже 38 через 24-48 часов при неосложненной и через 3-4 суток при осложненной пневмонии на фоне улучшения состояния пациента и аппетита, уменьшение одышки.

Задание 42. Вопрос для собеседования

Атопический дерматит у детей: принципы ухода за кожей.

**Эталон ответа.** Уход за кожей ребенка, страдающего атопическим дерматитом имеет важное значение. Купать его следует ежедневно, вода для купания должна быть фильтрованной, температурой 35-37 градусов. Не следует добавлять в воду подсушивающие средства (настои череды, чистотела, раствор перманганата калия). Нужно использовать специальные увлажняющие моющие средства (Mustela). После купания следует промокнуть кожу мягким полотенцем (не тереть интенсивно!) и сразу нанести увлажняющее средство по уходу за кожей. Лучшей эффективностью обладают липикар бальзам AP, локобейз рипеа, крем атопик. Этими средствами следует обрабатывать сухую кожу 3-4 раза в день длительно. Не следует пользоваться мылом.

Задание 43. Вопрос для собеседования

Местная терапия атопического дерматита у детей.

**Эталон ответа.** В педиатрической практике из наружных глюкокортикостероидов применяют препараты, обладающие высоким профилем безопасности. В настоящее время предпочтение отдается адвантану и элокому. Их применение разрешено у детей с 6 месяцев жизни, используются они 1-2 раза в сутки, курс лечения составляет от 7 до 10 дней. После купирования обострения пораженные участки кожи следует обрабатывать кремом элидел, содержащим активное вещество пимекролимус. Элидел является нестероидным селективным ингибитором синтеза и высвобождения провоспалительных цитокинов. Он практически не проникает через кожу, поэтому разрешен к применению у детей с 1 месяца жизни. Длительность лечения кремом элидел – 6-12 месяцев.

Задание 44. Вопрос для собеседования.

Пароксизмальное течение синдрома вегетативной дистонии. Неотложная помощь.

**Эталон ответа.** Транквилизаторы (седуксен, реланиум), сонапакс, обзидан; вагоинсулярный криз – адаптогены (жень-шень, элеутерококк), препараты белладонны, атропин

Задание 45. Вопрос для собеседования

Причины неэффективности эрадикационной терапии.

**Эталон ответа.** Неправильный выбор антибиотиков, несоблюдение длительности лечения, низкие дозы антибиотиков. внутрисемейная циркуляция *H. Pylori*

Задание 46. Вопрос для собеседования

Особенности диетотерапии детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Эталон ответа.** В фазу обострения назначают диету № 1, включающую нежирное отварное мясо, курицу и рыбу, некислый творог, вермишель, картофельное и овощное пюре, черствый белый хлеб. Число приемов пищи - 4 - 5 раз в день.

Продолжительность диеты-до 3 - 4 мес. В дальнейшем возможно расширение диеты, но с исключением острых блюд, копченостей, солений, грубой клетчатки (редис, редька, фасоль, горох).

Задание 47. Вопрос для собеседования

Функциональные расстройства желчного пузыря. Клиника, диагностика. Принципы терапии различных форм дисфункций желчного пузыря.

**Эталон ответа.** Клиника: при гиперфункциональном типе – острые коликообразные боли в правом подреберье, через 30—40 минут после приема пищи, особенно холодной или после эмоциональных нагрузок, длительностью до 15 минут, тошнота, рвота, раздражительность, плаксивость, при пальпации живота болезненность в правом подреберье в проекции желчного пузыря, положительные желчепузырные симптомы; при гипофункциональном типе – тупые, ноющие, давящие боли в правом подреберье через 1-1,5 часа после приема пищи, особенно жирной, после физической нагрузки, слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, отрыжка, тошнота, горечь во рту, вздутие живота, запоры, желчепузырные симптомы слабоположительные. Диагностика, биохимия крови, УЗИ печени и желчевыводящих путей с желчегонным завтраком, консультация гастроэнтеролога. Терапия: режим, диета, спазмолитики, желчегонные препараты (холеретики, холекинетики).

Задание 48. Вопрос для собеседования

Сроки введения прикорма с учетом Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни.

**Эталон ответа.** 4-6 мес. – овощное пюре, 4-6 мес. – каша, 4-6 мес. – фруктовое пюре, соки, 6 мес. – мясное пюре, 6 мес. – творог, 6 мес. – желток, 8 мес. – йогурт, кефир, 8-9 мес. – рыба.

Задание 49. Вопрос для собеседования

Клиническая картина ювенильного хронического (идиопатического, ревматоидного) артрита, варианты течения, осложнения, диагностические критерии, принципы лечения.

**Эталон ответ.** Варианты: олигоартикулярный, полиартикулярный, системный, энтезитный, недифференцированный. Осложнения: контрактура, анкилоз суставов, слепота. Критерии: артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов. Принципы лечения: двигательный режим, НПВС, топические или системные ГКС, иммунодепрессанты, генно-инженерные биологические препараты, кинезиотерапия.

Задание 50. Вопрос для собеседования

Системная красная волчанка. Клиника, диагностика, принципы лечения.

**Эталон ответа.** Клиника: мультисиндромное заболевание, имитатор многих болезней, кожный, синдром, артралгии или артриты, серозиты, висцериты, поражение крови (панцитопения). Диагностика: гемограмма, биохимический анализ крови, аутомаркеры (Ат к ДНК, АНФ, Ат к Sm-антигену), LE-клетки, УЗИ внутренних органов, рентгенография суставов, КТ или МРТ органов грудной и брюшной полости, консультации специалистов. Принципы лечения: системные ГКС, иммунодепрессанты, ГИБП.

#### КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

#### *Критерии оценивания тестового контроля:*

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

**Критерии оценивания собеседования:**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Критерии оценивания ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует