Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.08.2026 11:36:57
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Детская пульмонология

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА

по специальности 31.05.02 Педиатрия
направленность (профиль): Педиатрия

Квалификация выпускника
Врач-педиатр

Форма обучения
очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой
Пизнюр Инна Владимировна	к.м.н.	Ассистент кафедры

Рецензент (ы):

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Лебедева Инна Николаевна	к.м.н., доцент	Главный врач ГБУ РО ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой, главный внештатный специалист педиатр Министерства здравоохранения Рязанской области

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
(протокол от 16.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)
.

1. **Паспорт комплекта оценочных материалов**

1.1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины (модуля). «Детская пульмонология».

1.2. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по типам и компетенциям:

Код и наименование компетенции	**Количество заданий закрытого типа**	**Количество заданий открытого типа**
ОПК-5 Способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	**40**	**48**
ОПК-7 Способностьназначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	**40**	**40**
ПК-1 Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза	**40**	**62**
ПК-2 Способен назначить лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность	**40**	**82**

2. **Задания всех типов, позволяющие осуществлять оценку всех компетенций, установленных рабочей программой дисциплины «Детская пульмонология»**

<table>
<tr><th>Код и наименование компетенции</th><th>№ п/п</th><th>Задание с инструкцией</th></tr>
<tr><td rowspan="3">ОПК-5
Способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</td><td></td><td>Задания закрытого типа</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Прочитайте текст и установите последовательность.
Определите последовательность проведения диагностический алгоритм у ребенка с БОС включает:
Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:
<table>
<tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr>
<tr><td>исключение причины синдрома шумного дыхания, не связанного с БОС.</td><td>установление наличия бронхиальной обструкции;</td><td>установление этиологии заболевания, послужившего причиной развития БОС;</td><td>проведение дифференциального диагноза с другими возможными причинами БОС;</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: срок обнаружения придаточных пазух носа при рентген. исследовании
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table>
<tr><td></td><td>Синус</td><td></td><td>Характеристика</td></tr>
<tr><td>А</td><td>Этмоидальный (решетчатая пазуха)</td><td>1</td><td>6 лет</td></tr>
<tr><td>Б</td><td>Верхнечелюстной (гайморова пазуха)</td><td>2</td><td>6 лет</td></tr>
<tr><td>В</td><td>Лобный</td><td>3</td><td>3 мес</td></tr>
<tr><td>Г</td><td>Сфеноидальный</td><td>4</td><td>3 мес</td></tr>
</table>
Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:
<table>
<tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.</td></tr>
</table>

Текст задания: Частота дыхания у детей разного возраста

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Возраст		Характеристика
А	2 год	1	18
Б	4 года	2	30
В	5 лет	3	25
Г	15 лет	4	33

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

4.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Частота дыхания у детей разного возраста

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Возраст		Характеристика
А	1 год	1	18
Б	4 года	2	30
В	5 лет	3	25
Г	15 лет	4	33

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

5.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Морфофункциональное строение дыхательных путей, способствующее развитию БОС

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Особенности		Характеристика
А	Большее количество бокаловидного эпителия, гиперплазия	1	Затрудненное отхождение мокроты, мукостаз

	слизистых желез бронхов		
Б	Повышенная вязкость бронхиального секрета	2	Затрудненное отхождение мокроты, мукостаз
В	Физиологическая незрелость мукоцилиарного клиренса	3	Увеличение продукции слизи
Г	Слабый кашлевой рефлекс (особенно у детей первого года жизни)	4	Обтурационный компонент обструкции

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

6.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Морфофункциональное строение дыхательных путей, способствующее развитию БОС

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Особенности		Характеристика
А	Относительно толстая, рыхлая слизистая оболочка бронхов, более васкуляризированная, чем у детей старшего возраста	1	Склонность к отеку и воспалительной инфильтрации. Быстрая и выраженная экссудативная реакция
Б	Увеличенная податливость грудной клетки	2	Увеличение работы дыхательной мускулатуры
В	Меньшая относительная масса	3	Ограничение возможности увеличения

	дыхательной мускулатуры		дыхательного объема
Г	Высокое стояние диафрагмы; меньшая устойчивость мышц к утомлению	4	Диафрагмальный тип дыхания, ограничение возможности увеличения дыхательного объема

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

7.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Характер кашля при различных заболеваниях

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Вид кашля		Заболевания и состояния
А	Спастический – малопродуктивный, навязчивый, часто имеет в конце свистящий обертон	1	Бронхиальная астма, обструктивный бронхит
Б	Битональный – низкий, а затем высокие тона	2	Инородные тела крупных бронхов, туберкулез
В	Кашель при глубоком вдохе	3	Плеврит (сопровождается болью), альвелиолиты, гиперреактивноясть бронхов
Г	Кашель при приеме пищи	4	Дисфагия, бронхопищеводный свищ

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

8.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Характер кашля при различных заболеваниях

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Вид кашля		Заболевания и состояния
А	Сухой (непродуктивный)	1	Коклюш
Б	Лающий	2	Острый, рецидивирующий бронхиты, брохоэктазы
В	Влажный – заканчивается отхождением мокроты, которую дети как правило заглатывают	3	Начало воспаления слизистых оболочек (любой уровень поражения), фибринозные
Г	Коклюшный – отсутствие облегчения после нескольких кашлевых толчков, толчки следуют один за другим и заканчиваются типичными репризами (поступление воздуха на вдохе через спазмированную голосовую щель)	4	Ларингиты

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

9.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Частота дыхания у детей разного возраста

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Возраст		Характеристика
А	6-12 мес.	1	60 (55-75)
Б	1-4 года	2	33 (23-42)
В	4-10 лет	3	23 (15-36)
Г	10-14 лет	4	21 (15-28)

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

10.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Связь локализации инородного тела дыхательных путей и клинико–рентгенологических проявлений

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Локализация		Характеристика
А	Область гортани	1	Приступообразный кашель, приступ удушья на фоне полного здоровья вплоть до асфиксии.
Б	Трахея	2	Инспираторная одышка, осиплость голоса, афония, удушье.
В	Бронх (главным образом правый главный)	3	Внезапная обструкция бронхов с односторонним ослаблением дыхания и односторонними свистящими хрипами аускультативно.
Г	«Проваливание» инородного тела в бронх среднего калибра.	4	Дыхание свободное. Ребенок успокаивается после острого эпизода. В последующем - персистирующий

			влажный кашель и клиника рецидивирующего БОС или пневмонии с БОС. Рентгенологически – гиповентиляция или ателектаз.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

11.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Частота дыхания у детей разного возраста

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Возраст		Характеристика
А	1 год	1	18
Б	3 года	2	30
В	5 лет	3	25
Г	14 лет	4	33

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

12.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности - сознание

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	отсутствует
Б	II степень	2	сохранено, иногда возбуждение, эйфория
В	III степень	3	возбуждение

Г	IV степень	4	угнетение, сопор

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

13.

Прочитайте текст и установите последовательность.

Определите последовательность диагностики БОС

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:

А	Б	В	Г
сборе анамнеза	лабораторных методов исследования	клинической картины	инструментальных методов исследования

14.

Прочитайте текст и установите последовательность.

Определите последовательность диагностики БОС

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:

А	Б	В	Г
Частота БОС	клинические проявления БОС	обратимость на бронхолитическую терапию	объем проводимой терапии

15.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности - физическая активность. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	ограничена
Б	II степень	2	сохранена
В	III степень	3	резко снижена, вынужденное положение
Г	IV степень	4	отсутствует

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

16.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности – участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	выражено
Б	II степень	2	нерезко выражено
В	III степень	3	резко выражено
Г	IV степень	4	дыхание Куссмауля

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

17.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности - кожный покров

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	бледный, при физической нагрузке - цианоз носогубного
Б	II степень	2	серый, мраморный, диффузный цианоз
В	III степень	3	бледный, цианоз носогубного треугольника, параорбитальный цианоз
Г	IV степень	4	кожа серая, с багрово-синими пятнами

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

18.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Развитие придаточных пазух носа

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Синус		Срок внутриутробного развития
А	Этмоидальный (решетчатая пазуха)	1	5-6 мес
Б	Верхнечелюстной (гайморова пазуха)	2	3 мес
В	Лобный	3	Нет
Г	Сфеноидальный	4	3 мес

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

19.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности - ЧСС

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	в норме или увеличена
Б	II степень	2	увеличена
В	III степень	3	резко увеличена или брадикардия
Г	IV степень	4	дыхательно-пульсовый коэффициент равен 8 (9):1

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

20.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Оценка степени тяжести дыхательной недостаточности - газовый состав крови

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Степень		Характеристика
А	I степень	1	$PaCO_2$ увеличивается до 100 мм рт.ст., pH=7,15
Б	II степень	2	PaO_2 - менее 60 мм рт.ст., $PaCO_2$ - 4150 мм рт.ст., pH крови до 7,2
В	III степень	3	PaO_2 - 70-61 мм рт.ст., pH менее 7,3-7,35, $PaCO_2$ - 31-40 мм рт.ст
Г	IV степень	4	PaO_2 - 80-71 мм рт.ст., нормокапния, pH в пределах 7,39-7,36

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

Задания закрытого типа (дополнительные)

1. ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ СОСТОИТ ИЗ ___ СЕГМЕНТОВ
А) 3
Б) 9
В) 11
Г) 10

2. КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА?
А) жесткое
Б) везикулярное
В) пуэрильное
Г) бронхиальное

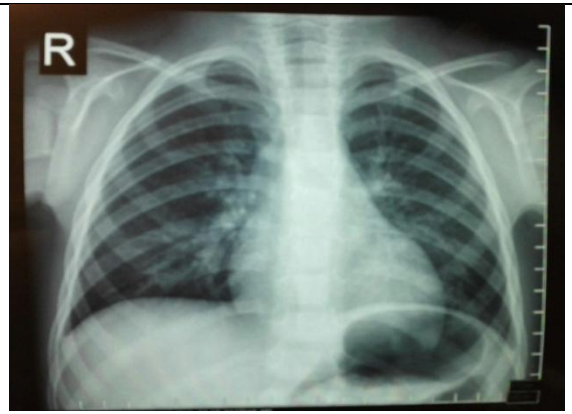
	3.	ЧЕМ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА? **А) узостью голосовой щели** Б) склонностью к бронхоспазму В) узостью просвета бронхов
	4.	КАКОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА? А) брюшной **Б) грудной** В) грудо-брюшной Г) диафрагмальный
	5.	У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ **А) 20** Б) 30-35 В) 25-30 Г) 16-18
	6.	ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ ____ А) 20 Б) 40-60 В) 25 **Г) 30-35**
	7.	ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ **А) воронкообразную** Б) удлиненную В) бочкообразную Г) сосуда
	8.	ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ **А) 40-60** Б) 60-80 В) 20-40 Г) 20-30

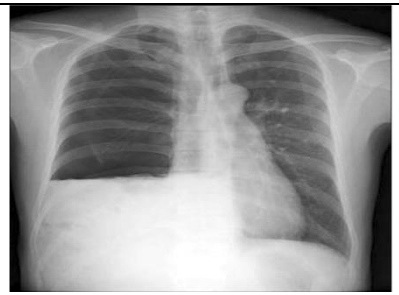
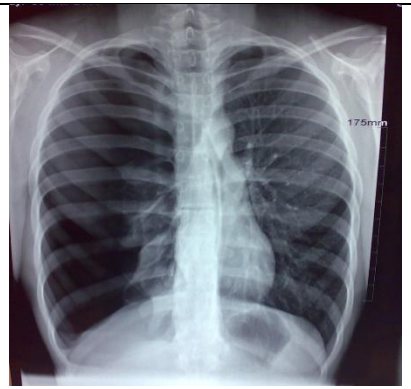
	9.	ВЕРХУШКА ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА **А) уровне 1-го ребра** Б) 1,5 см выше ключицы В) уровне 2-го ребра Г) 3 см выше ключицы
	10.	АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА _____ МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ **А) 6-7** Б) 3-4 В) 5 Г) 8-9
	11.	НАИБОЛЕЕ СПОСОБНЫ К СПАСТИЧЕСКОМУ СОКРАЩЕНИЮ **А) мелкие бронхи** Б) терминальные бронхиолы В) респираторные бронхиолы Г) крупные бронхи
	12.	ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА _____ НЕДЕЛЕ **А) 14-15** Б) 10-13 В) 16-20 Г) 21-28
	13.	СОЗРЕВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К **А) 5-8 годам** Б) рождению ребенка В) 3-6 месяцам Г) 1 году
	14.	. НА ЗАДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА ПРОЕЦИРУЮТСЯ _____ ДОЛИ ЛЕГКОГО **А) верхняя, нижняя** Б) средняя, нижняя В) верхняя, средняя Г) верхняя, средняя, нижняя

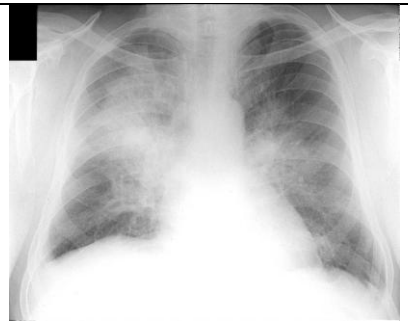
	15.	АЛЬВЕОЛОЦИТЫ II ПОРЯДКА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ **А) синтеза сурфактанта** Б) синтеза IG A В) двигательную Г) слизепродуцирующую
	16.	СРЕДНЯЯ ДОЛЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОБРАЗОВАНА _____ СЕГМЕНТАМИ **А) латеральным (IV) и медиальным (V)** Б) медиальным базальным (VII) и передним базальным (VIII) В) задним (II) и передним (III) Г) латеральным базальным (IX) и медиальным базальным (VII)
	17.	ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ **А) 40-60** Б) 60-80 В) 20-40 Г) 20-30
	18.	. ПРИ ОСМОТРЕ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ИЗ-ЗА ДУЖЕК У ДЕТЕЙ С **А) 1 года** Б) 1 месяца В) 3 лет Г) 7 лет
	19.	ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ **А) 30-35** Б) 40-60 В) 25 Г) 16-18
	20.	. В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ _____ ДЫХАНИЕ **А) пуэрильное** Б) жесткое В) везикулярное Г) ослабленное везикулярное

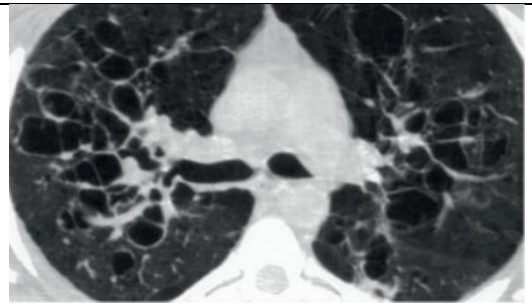
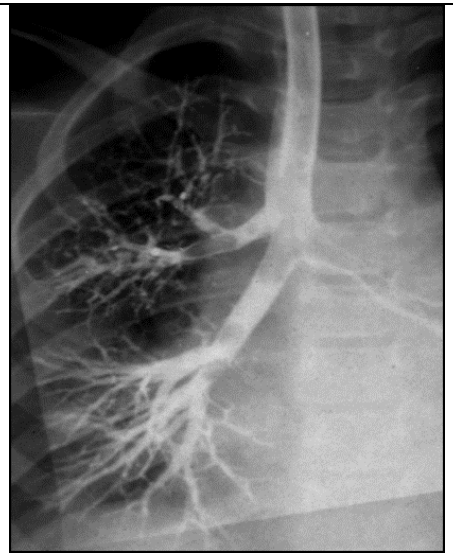
		Задания открытого типа
	1.	Анатомо – физиологические особенности носа у детей.
	2.	Какие функции выполняет нос.
	3.	Анатомо – физиологические особенности гортани у детей.
	4.	Анатомо – физиологические особенности трахеи у детей.
	5.	Анатомо – физиологические особенности бронхов у детей.
	6.	Строение легких у детей
	7.	Особенности альвеол у детей.
	8.	Особенности очищения дыхательных путей.
	9.	Анатомо – физиологические особенности плевры у детей.
	10.	Особенности средостенья у детей.
	11.	Группы лимфоузлов по ходу трахеи и бронхов.
	12.	Особенности лимфоузлов у детей.
	13.	Как осуществляется регуляция дыхания.
	14.	Что такое кашель.
	15.	Характеристика кашля при разных заболеваниях.
	16.	Что такое одышка?
	17.	Что такое инспираторная одышка?
	18.	Что такое экспираторная одышка?
	19.	Что такое удушье?
	20.	Что такое смешанная одышка?
	21.	Морфофункциональные особенности дыхательной системы детей.
	22.	Анатомия и физиология дыхательной системы: воздухоносные пути и респираторная система.

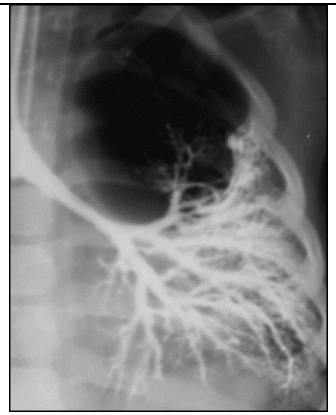
	23.	Этапы дыхания. Внешнее дыхание и его параметры.
	24.	Сурфактант и его роль в развитии и функционировании дыхательной системы ребенка. Синдромы при сурфактантной недостаточности.
	25.	Газообмен в легких и транспорт газов. Патологические синдромы при нарушении газообмена. Тканевая пульсоксиметрия.
	26.	Особенности иммунной системы у детей раннего возраста. Роль поляризации иммунного ответа в развитии атопии.
	27.	Мукоцилиарный клиренс, понятие, структурные единицы и функции.
	28.	Синдром нарушения мукоцилиарного клиренса. Роль мукостаза в течение бронхолегочных заболеваний.
		Задания открытого типа (дополнительные)
	1.	Больной С., 7 лет. Заболел 5 дней назад остро. Повысилась температура до 38,6 ºС. Появилась ломота во всем теле, мучительный кашель с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты. Лихорадка не уменьшалась, нарастала одышка, и он был госпитализирован в клинику. При поступлении общее состояние средней степени тяжести.Температура 38,5 ºС. Цианоз смешанного типа. Дыхание частое, до 36 в мин, пульс 120/ мин, ритмичный, удовлетворительный. АД: 115/65 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный.В легких при перкуссии изменений нет. С обеих сторон выслушиваются сухие хрипы, справа под лопаткой мелкопузырчатые хрипы. В крови – лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Предположить, что покажет рентгенограмма.
	2.	Больной Ф., 5 лет, заболел остро, после посещения цирка появился кашель, сначала мучительный, непродуктивный, затем с отделением небольшого количества светлой мокроты; боли за грудиной при кашле, осиплость голоса. Объективно: состояние средней степени тяжести. Над легкими перкуторный звук легочной коробочный, дыхание жесткое, единичные сухие свичтсящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тахикардия до 100 уд /мин., АД 110/70 мм рт. ст. Предположить, что покажет рентгенограмма.
	3.	Больной С., 7 лет. Заболел 5 дней назад остро. Повысилась температура до 38,6 ºС. Появилась ломота во всем теле,

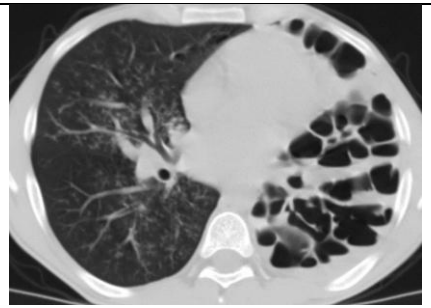
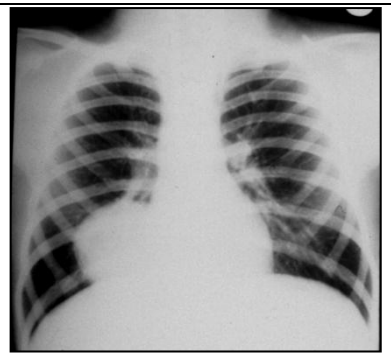
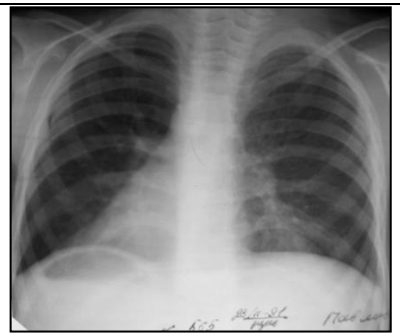
		мучительный кашель с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты. Лихорадка не уменьшалась, нарастала одышка, и он был госпитализирован в клинику. При поступлении общее состояние средней степени тяжести.Температура 38,5 ºС. Цианоз смешанного типа. Дыхание частое, до 36 в мин, пульс 120/ мин, ритмичный, удовлетворительный. АД: 115/65 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный.В легких при перкуссии изменений нет. С обеих сторон выслушиваются сухие хрипы, справа под лопаткой мелкопузырчатые хрипы. В крови – лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Предположить, о каком синдроме идет речь.
	4.	Больной Ф., 5 лет, заболел остро, после посещения цирка появился кашель, сначала мучительный, непродуктивный, затем с отделением небольшого количества светлой мокроты; боли за грудиной при кашле, осиплость голоса. Объективно: состояние средней степени тяжести. Над легкими перкуторный звук легочной коробочный, дыхание жесткое, единичные сухие свичтсящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тахикардия до 100 уд /мин., АД 110/70 мм рт. ст. Предположить, о каком синдроме идет речь.
	5.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?
	6.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?

	7.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?
	8.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?
	9.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?

	10.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?
	11.	 Для какого синдрома характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?
	12.	 Для какого порока легких характерна данная рентгенограмма органов грудной полости?

	13.	 Для какого синдрома характерна данная КТ легких?
	14.	 Для какого синдрома характерна данная КТ легких?
	15.	

		Для какого порока характерна данная рентгенограмма органов грудной клетки?
	16.	 Для какого порока характерна данная рентгенограмма органов грудной клетки?
	17.	 Для какого порока характерна данная рентгенограмма органов грудной клетки?

	18.	 Для какого синдрома характерна данная КТ легких?
	19.	 Для какого порока характерна данная рентгенограмма органов грудной клетки?
	20.	 Для какого порока характерна данная рентгенограмма органов грудной клетки?
ОПК-7		**Задания закрытого типа**
	1.	Прочитайте текст и установите последовательность. Оказание неотложной помощи при бронхиальной астме у детей.

<table>
<tr><td rowspan="4">Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</td><td></td><td>Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:
<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr><tr><td>Сальбутамол</td><td>Пульмикорт</td><td>Преднизалон</td><td>Повторить при неэффективности сальбутамол</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: Напишите соответветствие базисной терапии при БА
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table><tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr><tr><td>А</td><td>Монтелукаст</td><td>1</td><td>Антилейкотриеновый препарат</td></tr><tr><td>Б</td><td>Беклометазон</td><td>2</td><td>Комбинированный ИГКС+ДДБА</td></tr><tr><td>В</td><td>Серетид</td><td>3</td><td>Ингаляционный глюкокортикостероид</td></tr><tr><td>Г</td><td>Преднизолон</td><td>4</td><td>Системный глюкоротикостероид</td></tr></table>Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:
<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: Напишите способ доставки базисной терапии при БА
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table><tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr><tr><td>А</td><td>Монтелукаст</td><td>1</td><td>Аэрозоль</td></tr><tr><td>Б</td><td>Беклометазон</td><td>2</td><td>Таблетки</td></tr><tr><td>В</td><td>Сибикорт</td><td>3</td><td>Ампулы</td></tr><tr><td>Г</td><td>Преднизолон</td><td>4</td><td>Турбухайлер</td></tr></table>Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:
<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.</td></tr>
</table>

Текст задания: определите соответствие препаратов при пневмонии.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Карбоцистеин	1	Антибиотик
Б	Амоксициллин/клавулановая кислота	2	Жаропонижающий
В	Ибупрофен	3	Муколитик
Г	Линекс	4	Пробиотик

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

5.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Монтелукаст	1	Комбинированный препарат ДДБА+ИГКС
Б	Серетид	2	Антилейкотриеновый
В	Сальбутамол	3	КДБА
Г	Преднизолон	4	Системные гормоны

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

6.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие дозы препаратов монтелукаста при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	2-5 лет	1	10 мг
Б	6-14 лет	2	5 мг

В	15-17 лет	3	4 мг	

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

7.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов флютиказона при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	4-6 лет	1	250 мкг
Б	7-12 лет	2	125 мкг
В	12-17 лет	3	50 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

8.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие дозы препаратов беклометазона при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	4-6 лет	1	250 мкг
Б	7-12 лет	2	100 мкг
В	12-17 лет	3	50 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

9.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика

А	Сальбутамол	1	250 мкг
Б	Симбикорт	2	4,5/80 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

10.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Сальбутамол	1	250 мкг
Б	Симбикорт	2	4,5/160 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

11.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Сальбутамол	1	250 мкг
Б	Серетид	2	25/125 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

	12.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца: **Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:**			
	13.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: определите соответствие способы доставки препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца: **Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:**			
	14.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: определите соответствие дозировки препарата комбинации фенотерола и ипратропия бромида бронхиальной астме.			

	Объект		Характеристика
А	Сальбутамол	1	250 мкг
Б	Серетид	2	25/250 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

А	**Б**	**В**	**Г**

	Объект		Характеристика
А	Раствор бородуала	1	Спейсер
Б	Серетид	2	Небулайзер
В	Пульмикорт	3	Небулайзер
Г	Беклометазон	4	Спейсер

А	**Б**	**В**	**Г**

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	детям до 6 лет	1	10–20 капель
Б	6–12 лет	2	20 капель
В	старше 12 лет	3	10 капель

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

15.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие антигистаминных препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	I
Б	Диазолин	2	I
В	цетеризин	3	II
Г	Димедрол	4	II

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

16.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Амоксициллин	2	Антибиотик

В	Амброксол	3	Жаропонижающий
Г	Парацетамол	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

17.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Креон	2	Антилейкотриеновый
В	Амброксол	3	Ферменты
Г	Монтелукаст	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

18.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Амоксициллин	2	Антибиотик
В	Амброксол	3	Жаропонижающий
Г	Парацетамол	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

19.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: определите соответствие препаратов. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:		

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Цефтриаксон	2	Антибиотик
В	Амброксол	3	Жаропонижающий
Г	Ибупрофен	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

20.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: определите соответствие препаратов. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:		

	Объект		Характеристика
А	Цетеризин	1	Муколитик
Б	Кларитромицин	2	Антибиотик
В	АЦЦ	3	Жаропонижающий
Г	Парацетамол	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

	Задания закрытого типа (дополнительные)
1. .	Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет

		а)1-2 дня **б)3-5 дней** в)7-10 дней г)11-14 дней д)14-21 ден
	2.	При лечении микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста целесообразно использовать а) природные пенициллины **б) макролиды** в) полусинтетические пенициллины г) цефалоспорины 1-го поколения д) аминогликозиды
	3.	При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамаза продуцирующими штаммами гемофильной палочки, целесообразно использовать а) феноксиметилпенициллин **б) амоксициллин, в комбинации с клавулановой кислотой** в) амоксициллин г) ампициллин д) азитромицин
	4.	При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать **а) триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)** б) макролиды в) полусинтетические пенициллины, потенцированные клавулановой кислотой или сульбактамом г) цефалоспорины второго поколения; д) линкомицин
	5.	Оптимальная продолжительность терапии антибиотиками пенициллинового ряда при пневмонии а) до нормализации температуры б) до полного рассасывания инфильтрата в лёгком в) до нормализации СОЭ г) **до ликвидации токсикоза и 2-5 дней стойко нормальной температуры тела, при четкой положительной клинической динамике** д) до 10 дней, независимо от клинической картины заболевания
	6.	Стартовым антибиотиком у ребенка с неосложненной пневмонией, ранее получавшим ампициллин, является **а)цефазолин** б)пенициллин в)рифампицин г)ванкомицин

	7.	К ингаляционным средствам доставки препаратов при бронхиальной астме у детей относят **а) дозированные аэрозольные ингаляторы** б) паровые ингаляции **в)дозированные порошковые ингаляторы** **г)небулайзер**
	8.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится флутиказон а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия **в) ингаляционный кортикостероид** г) м-холинолитик
	9.	Степень панкреатической недостаточности определяется по а) уровню стеатореи б) уровню панкреатической эластазы кала и стеатореи **в) уровню панкреатической эластазы** г) уровню потового теста
	10.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится ипротропия бромид а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия в) ингаляционный кортикостероид **г) м-холинолитик**
	11.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится сальбутамол а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия **б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия** в) ингаляционный кортикостероид г) м-холинолитик
	12.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится будесонид а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия **в) ингаляционный кортикостероид** г) м-холинолитик
	13.	К ингаляционным средствам доставки препаратов при бронхиальной астме у детей не относят

		а) дозированные аэрозольные ингаляторы **б) паровые ингаляции** в) дозированные порошковые ингаляторы г) небулайзер
	14.	Какие комбинации ИГКС и β2-агонистов длительного действия в настоящее время используются? а)- теофиллин+ цетиризина гидрохлорид. **б)- будесонид+формотерол** **в)- флютиказон+сальметерол** г)- ипратропиум бромид+ фенотерол
	15.	Для купирования острого приступа БА используют а) интал **б) беродуал** **в) сальбутамол** г) сингуляр
	16.	Какие препараты относятся к ингаляционным глюкокортикоидам? **а) беклометазон дипропионат** б) недокромил натрия **в) будесонид** г) сальбутамол
	17.	Уточните антибиотик выбора при внебольничной пневмонии у детей раннего возраста: а. амикацин б. бисептол **в. амоксициллин** г. доxациклин
	18.	Уточните оптимальную продолжительность антибактериальной терапии у детей с неосложненной внебольничной пневмонией: а. один день после нормализации температуры б. 3 дней после нормализации температуры

		в. 5 дней после нормализации температуры г. по исчезновению кашля д. до полного рассасывания легочной инфильтрации
	19.	Препаратом выбора в лечении атипичной пневмонии у детей: **а. макролиды** б. цефалоспорины ряда. ii в. цефалоспорины ряда. iii г. аминогликозиды д. аминопенициллины
	20.	Антибиотики при неосложненной внебольничной пневмонии у детей применяется: а. внутримышечно б. внутривенно **в. per os** г. интраректально д. внутриплеврально
		Задания открытого типа
	1.	Используют ли аминофиллин у детей?
	2.	Побочные эффекты, коротко действующие β2-агонистов.
	3.	С какого возраста можно назначать комбинированные препараты ИГКС+ДДБА салметерол + флутиказон?
	4.	С какого возраста можно назначать комбинированные препараты ИГКС+ДДБА формотерол + будесонид?
	5.	С какого возраста можно назначать комбинированные препараты ИГКС+ДДБА вилантерол + флутиказон?
	6.	С какого возраста можно назначать комбинированные препараты ИГКС+ДДБА формотерол + мометазон?
	7.	С какого возраста можно назначать таргетную биологическую терапию?
	8.	Сколько ступеней базисной терапии бронхиальной астмы?
	9.	Какой препарат назначается при гриппе?
	10.	Что используют для купирования бронхообструкции?
	11.	Что используют в качестве жаропонижающих у детей?
	12.	Как оценивают эффективности бронхолитической терапии?
	13.	Какие дозы ингаляционные стероиды через небулайзер эффективны в период обострения?

	14.	Напишите план лечения аллергического ринита.
	15.	Доза фенотерол + ипратропия бромид у детей до 6 лет.
	16.	Дозировка монтелукаста у детей до 15 лет.
	17.	Дозировка монтелукаста у детей до 6 лет.
	18.	Дозировка монтелукаста у детей с 15 лет.
	19.	Дозировка беклометазона у детей и подростков для базисной терапии БА.
	20.	Дозировка флютиказона у детей и подростков для базисной терапии БА.
		Задания открытого типа (дополнительные)
	1.	Мальчик 11 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр. Какая дозировка сальбутамола аэрозоля?

	2.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр. Какая дозировка бородуала раствора через небулайзер?
	3.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю,

		купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр. Какая дозировка будесонида раствора через небулайзер?
	4.	Мальчик 9 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр.

		Какая дозировка преднизолона?
	5.	Девочка 4 года заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Какая дозировка парацетамола, ибупрофена?
	6.	Девочка 5 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Какая дозировка бередуала?
	7.	Девочка 3 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Какая дозировка будосонида?
	8.	Девочка 6 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия

		гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 15,2×109/л, сдвиг лейкоцитароной формулы влево, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Какая дозировка амоксициллина?
	9.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны. Какая неотложная помощь?
	10.	У мальчика 13 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка.

		Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны. Какая базисная терапия?
	11.	Дарья 10 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. При осмотре дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Напишите лечение.
	12.	Мальчик 13 лет заболел остро, повысилась температура до 39,0°С. Больна 3 дня, не лечились. Кашель влажный малопродуктивный. Получала лечение амоксициклином по поводу острого отита 2 месяца назад у ЛОР врача. Объективно: вялая, аппетит резко снижен. Кожные покровы бледно-розовые. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли левого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38

		мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется очагово-сливная инфильтрация в S 9-10 левого легкого Напишите лечение.
	13.	Девочка 17 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации бытовой, эпидермальный. Напишите базисную терапию.
	14.	Девочка 10 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации бытовой, эпидермальный. Напишите базисную терапию.
	15.	Валентина 15 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации эпидермальный. Напишите базисную терапию.
	16.	Мальчик 12 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации эпидермальный. Напишите базисную терапию.
	17.	Василиса 15 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, тяжелой степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации бытовой, эпидермальный, пыльцевой. Напишите базисную терапию.
	18.	Дарья 9 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени, интермитирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации пыльцевой. Обострений не было 1,5 год. Напишите базисную терапию.
	19.	Максим 16 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации бытовой, эпидермальный. Напишите базисную терапию.
	20.	Миша 3 лет, наблюдается у пульмонолога с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени, персистирующая, период ремиссии. Спектр сенсибилизации бытовой, эпидермальный. Напишите базисную терапию.
ПК-1 Обследование детей с целью установления диагноза		**Задания закрытого типа**
	1.	Прочитайте текст и установите последовательность. Определите последовательность проведения обследования у детей с бронхиальной астмой. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:

А	Б	В	Г
Рентгенограмма органов грудной клетки	**Клинический анализ крови**	**Спирография**	**Компьюерная томография легких**

2.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие обследования детей с бронхиальной астмой

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Спирометрия	1	Эозинофилия
Б	Клинический анализ крови	2	Повышение прозрачности
В	Ренген. органов грудной клетки	3	Снижение ОФВ 1
Г	Пикфлоуметрия	4	Суточная вариабельность ПСВ более 13%

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

3.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при обследовании детей с бронхиальной астмой

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Клинический анализ крови	1	Повышение общего IG E
Б	Общий IG E	2	Эозинофилия
В	Определение уровня оксида азота	3	Повышение уровня эзинофилов
Г	Определение специфических IG E	4	Повышение IG E к бытовым аллергениям

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

4.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите последовательность обследования детей при пневмонии

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Посев мокроты	1	Наличие инфильтрации в легких
Б	Клинический анализ крови	2	Лейкоцитоз, ускорение СОЭ
В	Рентгенограмма органов грудной клетки	3	Снижение ЖЭЛ
Г	Спирометрия	4	Высев возбудителя

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

5.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие перкуссии при болезнях легких

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Пневмония	1	Коробочный оттенок
Б	Бронхиальная астма	2	Притупление
В	Острый трахеит	3	Без изменений

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

6.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие обследования при бронхолегочной патологии

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Потовая проба	1	Секвестрация легких
Б	Спирография	2	Муковисцедоз
В	Рентгенограмма органов грудной клетки	3	Бронхиальная астма

		Г	Кт легких	4	Пневмония

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

7.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие голосового дрожания при болезнях легких

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Пневмония	1	Ослаблено
Б	Трахеит	2	Усилено
В	Бронхиальная астма	3	Не изменено

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В

8.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие границ легких при болезнях легких

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Бронхиальная астма	1	Не изменено
Б	Трахеит	2	Увеличение
В	Гидроторакс	3	Уменьшение

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В

9.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания:

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика

А	Бронхиальная астма	1	тимпанический
Б	Трахеит	2	легочный
В	Пневмония	3	коробочный
Г	Пневмоторакс	4	притупленный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

10. Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие элементы в мокроте при патологии легких

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Эозинофилы	1	Пневмония
Б	Лейкоциты	2	Бронхиальная астма
В	Эритроциты	3	Тубекулез

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

11. Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие одышки при патологии легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром крупа	1	Экспираторная одышка
Б	Пневмония	2	Инспираторная одышка
В	Бронхиальная астма	3	Смешанная одышка
Г	Трахеит	4	Нет одышки

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

12.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром инфильтрации легочной ткани	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – ослабление дыхания или локальные хрипы (чаще мелкопузырчатые или крепитация)
В	Синдром крупа	3	Аускультативно – ослабление или отсутствие дыхания над патологическим очагом.
Г	Синдром ателектаза	4	Хрипов нет

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

13.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром инфильтрации легочной ткани	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – ослабление дыхания или локальные хрипы (чаще мелкопузырчатые или крепитация)
В	Синдром крупа	3	Аускультативно – дыхание

			резко ослаблено или не проводится, бронхофония ослаблена.
Г	Синдром скопления жидкости в полости плевры	4	Хрипов нет

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

14.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром инфильтрации легочной ткани	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – ослабление дыхания или локальные хрипы (чаще мелкопузырчатые или крепитация)
В	Синдром крупа	3	Аускультативно – дыхание не проводится.
Г	Синдром скопления воздуха в полости плевры	4	Хрипов нет

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

15.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика

А	Синдром скопления воздуха в полости плевры	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – дыхание не проводится.
В	Синдром скопления жидкости в полости плевры	3	Аускультативно – ослабление дыхания или локальные хрипы (чаще мелкопузырчатые или крепитация)
Г	Синдром инфильтрации легочной ткани	4	Аускультативно – дыхание резко ослаблено или не проводится, бронхофония ослаблена.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

16.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром скопления воздуха в полости плевры	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – дыхание не проводится.
В	Синдром скопления жидкости в полости плевры	3	Аускультативно – амфорическое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.
Г	Синдром полости в легком	4	Аускультативно – дыхание резко ослаблено или не

			проводится, бронхофония ослаблена.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

17.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром скопления воздуха в полости плевры	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы.
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – дыхание не проводится.
В	Синдром скопления жидкости в полости плевры	3	Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, глухость тонов сердца, тахикардия.
Г	Отек легких	4	Аускультативно – дыхание резко ослаблено или не проводится, бронхофония ослаблена.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

18.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Синдром скопления воздуха в	1	Аускультативно определяется

	полости плевры		жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – дыхание не проводится.
В	Синдром крупа	3	Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, глухость тонов сердца, тахикардия.
Г	Отек легких	4	Хрипов нет

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

19.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Отек легких	1	Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы
Б	Синдром бронхиальной обструкции	2	Аускультативно – амфорическое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.
В	Синдром полости в легком	3	Аускультативно – дыхание не проводится.
Г	Синдром скопления воздуха в полости плевры	4	Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, глухость тонов сердца, тахикардия.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

<table>
<tr>
<td></td>
<td>20.</td>
<td>
Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: определите соответствие при синдромах легких.
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table>
<tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr>
<tr><td>А</td><td>Отек легких</td><td>1</td><td>Аускультативно определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы</td></tr>
<tr><td>Б</td><td>Синдром бронхиальной обструкции</td><td>2</td><td>Аускультативно – ослабление или отсутствие дыхания над патологическим очагом.</td></tr>
<tr><td>В</td><td>Синдром крупа</td><td>3</td><td>Хрипов нет</td></tr>
<tr><td>Г</td><td>Синдром ателектаза</td><td>4</td><td>Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, глухость тонов сердца, тахикардия.</td></tr>
</table>
Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:
<table>
<tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Задания закрытого типа (дополнительные)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.</td>
<td>
ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОФОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
А) пальпации
Б) аускультации
В) перкуссии
Г) осмотра
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.</td>
<td>
МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ
А) внутригрудной объем газа
Б) функциональную остаточную емкость
В) жизненную емкость легких
</td>
</tr>
</table>

		Г) аэродинамическое сопротивление дыхательных путей
	3.	МЕТОДОМ ОБЪКТИВИЗАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРИСТУПЕ ОБСТРУКЦИИ ЯЛЯЕТСЯ **А)пульсоксиметрия** Б)спирография В)пикфлоуметрия Г)рНметрия
	4.	КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ А) сухом плеврите Б) пневмонии В) скоплении жидкости в плевральной полости **Г) выраженной эмфиземе**
	5.	ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ А) ацинусов Б) хрящей В) мышечной ткани **Г) эластической ткани**
	6.	ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) смешанной одышки Б) экспираторной одышки **В) инспираторной одышки** Г) дыхания Чейн-Стокса
	7.	ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ТЕСТ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БА А) пикфлоуметрия Б) спирография

		В) спирография с бронхолитиком Г) спирография тест в физической нагрузкой
	8.	В ПЕРЕЧЕНЬ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ВХОДИТ **А) определение общего IgE** Б) пикфлоуметрия В) спирография Г) проведение скарификационных проб
	9.	ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ - ЭТО А. кашель, сонливость, диарея Б. одышка, сердцебиение, АД **В. кашель, температура, одышка** Г. одышка, отеки, раздражительность
	10.	ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА - ЭТО А. трудно вдохнуть **Б. трудно выдохнуть** В. трудно вдохнуть и выдохнуть Г. трудно дышать лежа
	11.	ИНСПТРАТОРНАЯ ОДЫШКА - ЭТО **А. трудно вдохнуть** Б. трудно выдохнуть В. трудно вдохнуть и выдохнуть Г. трудно дышать лежа
	12.	В НОРМЕ НАД ЛЕГОЧНЫМИ ПОЛЯМИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯДЫХАНИЕ А. бронхиальное **Б. везикулярное**

		В. ослабленное Г. легочное
	13.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ – ЭТО **А) рентгенография легких** Б) спирография В) компьютерная томография легких Г) УЗИ легких
	14.	ЕСЛИ В СОДЕРЖИМОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ПУНКТАТА БЕЛОК ВЫШЕ 30 Г\Л – ЭТО А)транссудат **Б)экссудат** В)гидроторакс Г)гидроперикард
	15.	ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) микробиологическое исследование Б) серологиеские маркеры и СРБ **В) рентгенограмма грудной клетки** Г) клиническая картина и наличие рентгенологической инфильтрации
	16.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАММЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ а) лихорадка свыше 5 дней **б) лихорадка свыше 3 дней, токсиккоз, физикальная картина пневмонии** в) рентгенограмма грудной клетки в амбулаторной практике не назначается.
	17.	НАЗОВИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БА. **А) аллергологическое исследование + уровень NO в выдыхаемом воздухе** Б) спирография + пикфлоуметрия В) аллергологическое исследование+ спирография. Г) риноцитология уровень общего IgE
	18.	ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

		А) микробиологическое исследование **Б) серологиеские маркеры и СРБ** В) рентгенограмма грудной клетки **Г) клиническая картина и наличие рентгенологической инфильтрации**
	19.	ДЛЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНА **А) долевая инфильтрация** Б) очаговая инфильтрация в прикорневой зоне В) двухсторонняя перибронхиальная инфильтрация Г) все вышеизложенные варианты
	20.	В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ДЛЯ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО **А) лейкоцитоз, увеличение СОЭ** Б) ускорение СОЭ при нормальных показателях лейкоцитов В) увеличение титра антител к пневмококку Г) ничего из вышеперечисленного
		Задания открытого типа
	1.	Что такое функция внешнего дыхания?
	2.	Что означает термин «обратимость»?
	3.	Что означает термин «вариабельность»?
	4.	Что такое спирометрия?
	5.	Что показывает клинический анализ крови при астме?
	6.	Что показывает исследование мокроты крови при астме?
	7.	Что показывает исследование оксид азота в выдыхаемом воздухе крови при астме?
	8.	Что такое пикфлоуметрия?
	9.	Что показывает объем форсированного выдоха за 1 секунду?
	10.	Что включает понятие «золотого стандарта» в диагностике пневмонии?

	11.	Что показывает клинический анализ крови при пневмонии?
	12.	Что показывает «зеленая зона» при пикфлоуметрии?
	13.	Что показывает «желтая зона» при пикфлоуметрии?
	14.	Что показывает «красная зона» при пикфлоуметрии?
	15.	Что показывает посев мокроты при пневмонии?
	16.	Что выявляют при физикальном осмотре у детей с пневмонии?
	17.	Что выявляют при физикальном осмотре у детей с астмой?
	18.	Что выявляют при физикальном осмотре у детей с ларинготрахеитом?
	19.	Что выявляют при физикальном осмотре у детей с острым бронхитом?
	20.	Что выявляют при физикальном осмотре у детей с острым бронхиолитом?
	21.	Эндоскопические методы исследования в пульмонологии. Показания к назначению.
	22.	Методы визуализации в пульмонологии: показания к назначению.
	23.	Основные воспалительные синдромы в пульмонологии. Методы диагностики.
	24.	Плевральные синдромы при заболеваниях органов дыхания у детей. Методы диагностики.
	25.	Синдром плеврита: характеристика плеврального выпота. Показания к плевральной пункции.
	26.	Синдром ателектаза: компрессинный и обтурационный ателектаз, механизмы развития, патологические состояния, методы визуализации.
	27.	Синдром полости в легочной ткани: деструкция, абсцесс, бронхоэктазы. Методы визуализации, клиника, заболевания.

	28.	Синдром клинических эквивалентов аллергии. Понятие «атопического марша» в педиатрии.
	29.	Синдром эмфиземы при заболеваниях органов дыхания у детей.
	30.	Факторы риска развития бронхиальной обструкции у детей.
	31.	Характеристика и классификация острой и хронической дыхательной недостаточности при заболеваниях органов дыхания у детей.
	32.	Этиология и патогенез бронхообструктивного синдрома у детей до 5 лет**.**
	33.	Этиология и патогенез бронхообструктивного синдрома у детей старше 5 лет**.**
	34.	Классификация бронхообструктивного синдрома у детей: органические и функциональные причины.
	35.	Особенности сбора анамнеза и осмотра ребенка с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом.
	36.	Клинические методы исследования в пульмонологии.
	37.	Особенности сбора анамнеза и осмотра ребенка с хронической патологией легких.
	38.	Синдром кашля в детской пульмонологии: причины, механизм возникновения, методы диагностики и терапии.
	39.	Функциональные методы исследования в диагностике обструктивного синдрома у детей.
	40.	Пикфлоуметрия – как метод диагностики и мониторирования бронхиальной астмы у детей.
	41.	Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия, основные функциональные тесты.
	42.	Индекс риска развития бронхиальной астмы у детей: малые и большие критерии.
		Задания открытого типа (дополнительные)
	1.	Мальчик 11 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов.

		Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Напишите инструментальное исследование.
	2.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при

		пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Напишите инструментальное исследование.
	3.	Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Напишите инструментальное исследование.
	4.	Мальчик 9 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались

		физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Напишите инструментальное исследование.
	5.	Девочка 4 года заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Напишите инструментальное исследование.
	6.	Девочка 5 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Напишите инструментальное исследование.
	7.	Девочка 15 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия

		гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109/л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Напишите инструментальное исследование.
	8.	Девочка 6 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Напишите , что может быть в анализе крови.
	9.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет.

		Напишите инструментальное исследование.
	10.	У мальчика 13 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Что может быть в КАК?
	11.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

		Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр. Что будет в анализе крови общем?
	12.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Что будет при пикфлоуметрии ?
	13.	Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю,

		купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. Что будет в общем анализе мочи ?
	14.	Девочка 15 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Напишите ожидаемые результаты крови.
	15.	Девочка 15 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, по всем полям – сухие гудящие хрипы, единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Напишите лабораторные исследования.
	16.	Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. При осмотре дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого

		лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Составьте план дополнительного обследования пациента.
	17.	Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. При осмотре дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Что ожидаем увидеть на рентгенограмма грудной клетки?
	18.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

		Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны. Составьте план дополнительного обследования пациента.
	19.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Что ожидаем увидеть на рентгенограмма грудной клетки?
	20.	Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу педиатру участковому. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°С. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах

<table>
<tr><td></td><td></td><td>грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.
Что ожидаем в анализе крови?</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ПК-2
Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности</td><td></td><td>Задания закрытого типа</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Прочитайте текст и установите последовательность.
Определите последовательность назначения терапии у детей с БА.
Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:
<table>
<tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr>
<tr><td>серетид</td><td>преднизолон</td><td>монтелукаст</td><td>беклазон</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: Определите соответствие препаратов при пневмонии.
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table>
<tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr>
<tr><td>А</td><td>Амброксол</td><td>1</td><td>Антибиотик</td></tr>
<tr><td>Б</td><td>Амоксициллин</td><td>2</td><td>Жаропонижающий</td></tr>
<tr><td>В</td><td>Парацетамол</td><td>3</td><td>Муколитик</td></tr>
<tr><td>Г</td><td>Линекс</td><td>4</td><td>Пробиотик</td></tr>
</table>
Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:
<table>
<tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>3.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: Определите соответствие препаратов при пневмонии.
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table>
<tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr>
<tr><td>А</td><td>Карбоцистеин</td><td>1</td><td>Антибиотик</td></tr>
<tr><td>Б</td><td>Амоксициллин/клавулановая кислота</td><td>2</td><td>Жаропонижающий</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

В	Ибупрофен	3	Муколитик
Г	Линекс	4	Пробиотик

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

4.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Монтелукаст	1	Комбинированный препарат ДДБА+ИГКС
Б	Серетид	2	Антилейкотриеновый
В	Сальбутамол	3	КДБА
Г	Преднизолон	4	Системные гормоны

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

5.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов монтелукаста при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	2-5 лет	1	10 мг
Б	6-14 лет	2	5 мг
В	15-17 лет	3	4 мг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

6.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов флютиказона при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	4-6 лет	1	250 мкг
Б	7-12 лет	2	125 мкг
В	12-17 лет	3	50 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

7.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов беклометазона при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	4-6 лет	1	250 мкг
Б	7-12 лет	2	100 мкг
В	12-17 лет	3	50 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

8.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Сальбутамол	1	250 мкг
Б	Симбикорт	2	4,5/80 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

	9.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:			
			Объект		Характеристика
		А	Сальбутамол	1	250 мкг
		Б	Симбикорт	2	4,5/160 мкг
		В	Амброксол	3	30 мг
		Г	Беклометазон	4	100 мкг
		Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:			
		А	**Б**	**В**	**Г**
	10.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:			
			Объект		Характеристика
		А	Сальбутамол	1	250 мкг
		Б	Серетид	2	25/125 мкг
		В	Амброксол	3	30 мг
		Г	Беклометазон	4	100 мкг
		Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:			
		А	**Б**	**В**	**Г**
	11.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Определите соответствие дозы препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:			
			Объект		Характеристика
		А	Сальбутамол	1	250 мкг

Б	Серетид	2	25/250 мкг
В	Амброксол	3	30 мг
Г	Беклометазон	4	100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

12.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие способы доставки препаратов при бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Раствор бародуала	1	Спейсер
Б	Серетид	2	Небулайзер
В	Пульмикорт	3	Небулайзер
Г	Беклометазон	4	Спейсер

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

13.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие дозировки препарата комбинации фенотерола и ипратропия бромида бронхиальной астме.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	детям до 6 лет	1	10–20 капель
Б	6–12 лет	2	20 капель
В	старше 12 лет	3	10 капель

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

		А | **Б** | **В** | | | |
	14.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Определите соответствие сроки назначения препаратов при бронхиальной астме. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца: | | Объект | | Характеристика | | А | вилантерол + флутиказон | 1 | С 4 лет | | Б | формотерол + мометазон | 2 | С 6 лет | | В | формотерол + будесонид | 3 | С 6 лет | | Г | салметерол + флутиказон | 4 | С 12 лет | Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: **А** | **Б** | **В** | **Г** | | | | |
	15.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Определите соответствие антигистаминных препаратов. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца: | | Объект | | Характеристика | | А | Лоратадин | 1 | I | | Б | Диазолин | 2 | I | | В | цетеризин | 3 | II | | Г | Димедрол | 4 | II | Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: **А** | **Б** | **В** | **Г** | | | | |
	16.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания:Определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Амоксициллин	2	Антибиотик
В	Амброксол	3	Жаропонижающий
Г	Парацетамол	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

17.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Креон	2	Антилейкотриеновый
В	Амброксол	3	Ферменты
Г	Монтелукаст	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

18.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания:Определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика

		А	Лоратадин	1	Муколитик
		Б	Амоксициллин	2	Антибиотик
		В	Амброксол	3	Жаропонижающий
		Г	Парацетамол	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

19.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания:Определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Лоратадин	1	Муколитик
Б	Цефтриаксон	2	Антибиотик
В	Амброксол	3	Жаропонижающий
Г	Ибупрофен	4	Антигистаминный

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

20.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания:Определите соответствие препаратов.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Цетеризин	1	Муколитик
Б	Кларитромицин	2	Антибиотик
В	АЦЦ	3	Жаропонижающий

		Г | Парацетамол | 4 | Антигистаминный Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: **А** | **Б** | **В** | **Г** | | | |
		Задания закрытого типа (дополнительные)
	1.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится беклометазон а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия **в) ингаляционный кортикостероид** г) м-холинолитик
	2.	Каков основной механизм действия амброксола каксредства муколитической терапии а) улучшение реологических свойств мокроты б) разрыв дисульфидных связей мокроты **в) нормализация функции бронхиальных желез** г) увеличение числа бокаловидных клеток
	3.	Антибиотиком выбора при хронической синегнойной инфекции является **а)цефтазидим** б)амоксициллина клавуланат в)цефтриаксон г)амикацин
	4.	Основным препаратом для заместительной терапии муковисцидоза является а) гептрал б) панкреатин в макросферах в**) панкреатин в минимикросферах** г) панкреатин в наносомах
	5.	К антигистаминным препаратам второго поколения относится: а) диазолин

		б) супрастин в) адреналин **г) лоратадин**
	6.	К ингаляционным средствам доставки препаратов при бронхиальной астмы у детей не относят а) дозированные аэрозольные ингаляторы **б) паровые ингаляции** в)дозированные порошковые ингаляторы г)небулайзер
	7.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится флутиказон а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия **в) ингаляционный кортикостероид** г) м-холинолитик
	8.	Степень панкреатической недостаточности определяется по а) уровню стеатореи б) уровню панкреатической эластазы кала и стеатореи **в) уровню панкреатической эластазы** г) уровню потового теста
	9.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится ипротропия бромид а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия в) ингаляционный кортикостероид **г) м-холинолитик**
	10.	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится сальбутамол а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия **б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого действия** в) ингаляционный кортикостероид г) м-холинолитик
	11	Укажите к какой из нижеперечисленных фармакологических групп относится будесонид а) неселективный агонист β-адренорецепторов короткого действия б) селективный агонист β2-адренорецепторов короткого

		действия **в) ингаляционный кортикостероид** г) м-холинолитик
	12	К антигистаминным препаратам второго поколения относится: а) диазолин б) супрастин в) адреналин **г) цетеризин**
	13	К ингаляционным β2- агонистам длительного действия относятся: а)- сальбутамол **б)- формотерол** **в)- сальметерол** г)- беродуал
	14	Какие комбинации ИГКС и β2-агонистов длительного действия в настоящее время используются? а)- теофиллин+ цетиризина гидрохлорид. **б)- будесонид+формотерол** **в)- флютиказон+сальметерол** г)- ипратропиум бромид+ фенотерол
	15	Для купирования острого приступа БА используют а) интал **б) беродуал** **в) сальбутамол** г) сингуляр
	16.	Какие препараты относятся к ингаляционным глюкокортикоидам? **а) беклометазон дипропионат** б) недокромил натрия

		в) будесонид г) сальбутамол
	17	К кромонам относятся: **а) кромоглициевая кислота** б) атровент **в) недокромил натрия** г) пульмикорт
	18	Какие препараты относятся к антилейкотриеновым средствам? а) флутиказон **б) монтелукаст** в) теофиллин **г) завирлукаст**
	19	При достижении контроля заболевания базисная терапия может быть изменена через: а) 1 мес **б) 3 мес** в) 1 год г) не меняется
	20.	Ингаляционные средства доставки лекарственных препаратов детям раннего возраста с бронхиальной астмой: **а) спейсер** **б) небулайзер** в) ДАИ г) таблетки
		Задания открытого типа
	1.	Пути введения антибиотиков у детей.

	2.	Антибактериальная активность цефалоспоринов I поколения.
	3.	Антибактериальная активность цефалоспоринов II поколения.
	4.	Антибактериальная активность цефалоспоринов III поколения.
	5.	Антибактериальная активность цефалоспоринов IV поколения.
	6.	Антибактериальная активность макролидов.
	7.	Назовите 14-членных природных макролидов.
	8.	Назовите 15-членных природных макролидов.
	9.	Назовите 16-членных природных макролидов.
	10.	Когда назначаются фторхинолоны.
	11.	Когда назначаются антагонисты лейкотриеновых рецепторов.
	12.	Когда назначаются длительно действующие агонисты β2-адренорецепторов.
	13.	Терапия 1 ступени бронхиальной астмы.
	14.	Терапия 2 ступени бронхиальной астмы.
	15.	Терапия 3 ступени бронхиальной астмы.
	16.	Терапия 4 ступени бронхиальной астмы.
	17.	Терапия 5 ступени бронхиальной астмы.
	18.	Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия?
	19.	Когда используют оксигенотерапию?
	20.	Когда используют системные глюкокортикостероиды?
		Задания открытого типа (дополнительные)
	1.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка амоксициллина
	2.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка цефтриаксона
	3.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка цефтазидима
	4.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка амикацина
	5.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка азитромицина

	6.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка ампициллина сульбактама
	7.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка цефотаксима
	8.	Выбор антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией, дозировка клартромицина
	9.	Антибиотики, применяемые внутрь, дозировка – джозамицина
	10.	Средние начальные дозы панкреатических ферментов с учетом возраста - дети до 3 лет, при муковисцидозе
	11.	Средние начальные дозы панкреатических ферментов с учетом возраста – дошкольники, при муковисцидозе
	12.	Средние начальные дозы панкреатических ферментов с учетом возраста – школьники, при муковисцидозе
	13.	Средние начальные дозы панкреатических ферментов с учетом возраста - подростки, при муковисцидозе
	14.	Заместительная панкреатическая терапия, рассчитанная по содержанию липазы [ESPEN-ESPGHAN-ECFS], дети грудного возраста (до 12 месяцев)
	15.	Заместительная панкреатическая терапия, рассчитанная по содержанию липазы [ESPEN-ESPGHAN-ECFS], дети от 1 до 4 лет
	16.	Дозировка амброксола для детей в таблетках
	17.	Дозировка амброксола для детей в сиропе 15 мг/5 мл, дети от 6 до 12 лет
	18.	Дозировка амброксола для детей в сиропе 15 мг/5 мл, дети от 2 до 6 лет
	19.	Дозировка амброксола для детей в сиропе 15 мг/5 мл, дети до 2 лет
	20.	Дозировка карбоцистеина для детей в сиропе 20 мг/мл, дети до 2 лет
	21.	Острый стенозирующий ларинготрахеит. Этиология, патогенез обструкции верхних дыхательных путей. Алгоритм неотложной терапии стеноза гортани.
	22.	Аспирация инородных тел и пищи: клиника, диагностика, методы терапии.
	23.	Врожденные пороки развития дыхательной системы и наследственные заболевания, протекающие с обструктивным синдромом. Дифференциальная диагностика.
	24.	Аллергический ринит у детей: этиология, патогенез, основные аллергены, клиника, методы диагностики.
	25.	Ступенчатая терапия аллергического ринита у детей.

	26.	Бронхиальная астма у детей: этиология, патогенез, классификация и фенотипы. Основные респираторные аллергены.
	27.	Функциональные методы диагностики бронхиальной астмы.
	28.	Бронхиальная астма у детей: клиника и триггеры приступного периода. Алгоритм оказания экстренной помощи при приступе бронхиальной астмы.
	29.	Характеристика ингаляционных препаратов и средств доставки для купирования приступа бронхиальной астмы.
	30.	Принципы лечения бронхиальной астмы, ступенчатая терапия.
	31.	Базисная терапия бронхиальной астмы: характеристика лекарственных препаратов, показания к назначению в зависимости от степени астмы.
	32.	Экзогенный аллергический альвеолит, этиология и патогенез, клиника, методы диагностики и терапии.
	33.	Врожденные пороки развития бронхолегочной системы у детей: классификация, основные патогенетические синдромы, методы диагностики и терапии.
	34.	Синдром Вильямса–Кемпбелла: этиология и патогенез, клиника, методы диагностики и терапии.
	35.	Первичная цилиарная дискинезия: этиология и патогенез, клиника, методы диагностики и терапии.
	36.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): этиология и патогенез, клиника в возрастном аспекте, роль неонатального скрининга в ранней диагностике.
	37.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): классификация и особенности клиники в возрастном аспекте. Понятие жестких и мягких мутаций при МВ.
	38.	. Муковисцидоз (кистозный фиброз): методы диагностики.
	39.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): принципы терапии: особенности диеты, питьевого режима, расчет заместительной ферментотерапии, методы агрессивной нутритивной коррекции при МВ.
	40.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): особенности поражения легких при МВ, принципы терапии хронической синегнойной инфекции.
	41.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): особенности поражения ЖКТ и печени при МВ.

	42.	Муковисцидоз (кистозный фиброз): современные методы терапии и органозамещающие операции.
	43.	Особенности терапии хронических заболевания легких у детей. Кинезитерапия.
	44.	Биологическая терапия аллергических заболеваний. Основные таргетные молекулы и группы препаратов
	45.	Понятие о фенотипах бронхиальной астмы у детей. Таргетная антиIgE – биологическая терапия. Показания к назначению.
	46.	Понятие о фенотипах бронхиальной астмы у детей. Таргетная антиинтерлейкиновая биологическая терапия. Показания к назначению.
	47.	Бронхолегочная дисплазия: основные осложнения, прогноз и исходы.
	48.	Бронхолегочная дисплазия: этиология, критерии диагностики, классификация.
	49.	Бронхолегочная дисплазия: основные клинические синдромы. Этапность оказания медицинской помощи детям с БЛД.
	50.	Методы терапии и профилактики бронхолегочной дисплазии у детей.
		Ситуационные задачи
	1.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку. 5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

	2.	Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного. 5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.
	3.	Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к врачупедиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз «обструктивный бронхит». В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объём форсированной ЖЕЛ за 1 секунду – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав. Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β2-адреномиметики. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации. 2. Составьте план диспансерного наблюдения. 3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком. 4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов. 5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку? Назовите способ доставки препаратов.
	4.	Мать с ребёнком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка. Ребёнок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов.

		Масса при рождении – 3250 г, длина – 50 см. Период новорождённости протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма. С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3-летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3-4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки. При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура – 36,7°С. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, сухая, лёгкий цианоз носогубного треугольника. На коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области подколенных ямок и локтевых суставов имеются участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулёзные элементы, следы расчёсов. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в лёгких проводится во все отделы, жёсткое, с удлинённым выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – 4,6×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 6,8×109 /л, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, усиление бронхо-лёгочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозу лекарственного препарата и путь доставки. 5. Определите тактику ведения пациента после купирования обострения и дайте её обоснование.
	5.	Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе

		крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Окажите медицинскую помощь ребёнку с данным заболеванием. 5. Составьте план диспансерного наблюдения
	6.	Девочка 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди. Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали. Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путём кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учёте по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила приём препарата около 3 месяцев назад. В период приёма ингаляционных кортикостероидов отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции Сальбутамола (со слов матери). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приёма базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла Дитек, Сальбутамол, Эуфиллин. К врачу не обращалась. Объективный осмотр: общее состояние ребёнка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД – 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в лёгких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС – более 120 в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст. Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Представьте тактику неотложной терапии. 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания у детей? 4. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии? 5. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?
	7.	В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель. При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания. Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений. Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема. Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела – 36,6°С. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

		Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации? Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента. 4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии. 5. Через неделю ребёнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?
	8.	В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затруднённое дыхание, кашель. При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом «бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжёлое персистирующее течение, контролируемая». Получает базисную терапию – Серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение Сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребёнка были проявления атопического дерматита, у матери ребёнка - рецидивирующая крапивница. Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела - 36°С. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезёнка не увеличена. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации? 4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации? 5. Через неделю симптомы обострения астмы были полностью купированы. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке
	9.	Мальчик 7 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на кашель, затруднённое дыхание, слышимое на расстоянии. Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребёнка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котёнком, которого взяли в дом две недели назад. Мать самостоятельно давала ребёнку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затруднённое дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи. Наследственность: поллиноз у матери. При осмотре в приёмном отделении: состояние тяжёлое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5°С. Ребёнок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO2 - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межрёберных промежутков, над- и подключичных впадин. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации лёгких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии лёгких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 132 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: лейкоциты - 8,1×109 /л, эозинофилия - 6%,

		гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 4,3×1012/л. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 4. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий. 5. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента
	10.	Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного. 5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного
	11.	Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачупедиатру участковому. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°С. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз.

		2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата? 5. Через день получены результаты дополнительного обследования: на рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – 4,4×1012/л, тромбоциты – 223×109 /л, лейкоциты – 16,6×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 17%, моноциты – 6%, эозинофилы – 0%, СОЭ – 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.
	12.	Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4 лет. Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°С, появились сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение Амоксициллина 1,5 месяца назад. При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела – 39,0°С. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны. От госпитализации родители ребёнка отказались. Вопросы: 1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать? 3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому. 4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий. 5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.
	13.	Мать с мальчиком 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у ребёнка. Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД – 40 в минуту. ЧСС – 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны

		сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – 4,8×1012/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час. В общем анализе мочи: количество – 100 мл, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте стартовую антибактериальную терапию больному с выявленным диагнозом. Укажите сроки оценки её эффективности. 5. Выберите и обоснуйте маршрутизацию пациента. Какие показания для госпитализации при данных заболеваниях Вы знаете?
	14.	На приёме мать с мальчиком 7 месяцев. Ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой - 3200 г, длиной - 52 см. Неонатальный период без особенностей. С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту. Из анамнеза известно: ребёнок болен в течение одной недели. На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°С, слизистых выделений из носа, «покашливания». Назначена противовирусная терапия (Виферон), капли в нос с Ксилометазолином. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды. Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар. При поступлении: масса тела - 8200 г, рост - 68 см. Ребёнок беспокойный. Температура тела - 38,8°С. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания - 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межрёберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над лёгкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно жёсткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для стартовой антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? В какие сроки проводится оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии? Укажите длительность антибактериальной терапии. 5. Назовите группы препаратов, используемые для симптоматической и патогенетической терапии данной патологии.
	15.	Мальчик 3 лет поступил в стационар с жалобами матери на повышение температуры тела до 38,5-39°С более 3 дней, мучительный частый кашель, одышку, недомогание, ухудшение аппетита. Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение недели. Наблюдался врачомпедиатром участковым с острой респираторной инфекцией. В лечении получал Парацетамол, симптоматические средства. На фоне терапии отмечена отрицательная динамика: все дни продолжал лихорадить, отказывался от еды, усилился кашель, появилась одышка. Мальчик был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения отмечалась положительная динамика. Однако на 3 день после нормализации температуры тела состояние резко ухудшилось: вновь стал лихорадить до 40°С, несмотря на смену антибактериальной терапии, наросла интоксикация, отказывается от еды, усилилась одышка, дыхание стало стонущим, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании. При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, беспокоен. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая,

		цианоз носогубного треугольника, периорбитальной области. Отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. ЧДД – 58 в минуту. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании выслушиваются немногочисленные крепитирующие хрипы. ЧСС – 134 удара в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: – общий анализ крови первый: лейкоциты – 24×109 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 24%; сегментоядерные – 57%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 13%; моноциты – 3%, СОЭ – 33 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов – 57%; – общий анализ крови второй (после ухудшения): лейкоциты – 15,5×109 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 27%; сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 5%; лимфоциты – 20%; моноциты – 8%, СОЭ – 55 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов – 57%; – общий анализ мочи: без патологии. Рентгенография лёгких при поступлении: справа в проекции средней и нижней доли определяется обширное негомогенное затемнение, корни лёгких неструктурные; Рентгенография лёгких при ухудшении: отмечается отрицательная динамика, сохраняется инфильтрация справа, фибриноторакс, закрывающий наружную половину лёгких имеет вертикальную границу по внутреннему краю, косто-диафрагмальный угол не дифференцируется. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте необходимое лечение. Тактика антибактериальной терапии, оценка эффективности. Какую коррекцию в лечении необходимо произвести? 5. Составьте план дальнейшего наблюдения
	16.	Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъём температуры до 39,0°С, появились сухой болезненный кашель, головная боль. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? 5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента, перенёсшего это заболевание
	17.	Мальчик 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°С. Мать отметила резкое ухудшение

		общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мать вызвала неотложную помощь. При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту. Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 16,2×109 /л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час. Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какой препарат выбора, дозу и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор. 5. Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей
	18.	В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°С и появился кашель. При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице. Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия. При объективном исследовании: температура – 38,5°С, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации. 4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации? 5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего внебольничную пневмонию?
	19.	Девочка 1 года 9 месяцев поступила с жалобами на одышку, лихорадку, плохой аппетит, вялость. Из анамнеза известно, что ребёнок домашний, из хороших социальных условий. Больна в течение недели, начало заболевания острое, с кашля, насморка, гиперемии зева,

		повышения температуры до 38,5°С. Получала дома Парацетамол, на фоне которого температура снизилась до субфебрильных цифр. Вчера состояние больной вновь ухудшилось – усилился кашель, отказалась от еды, температура поднялась до 39,4°С, появилась одышка. Объективно: состояние девочки тяжёлое, отказывается от еды, пьёт неохотно, температура тела – 39,3°С, негативная, вялая, одышка смешанная до 60 в минуту, с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы розовые, руки и ноги горячие, влажные, цианоз носогубного треугольника. Крылья носа напряжены. При перкуссии в лёгких справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно в данной области – ослабленное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 158 в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,8×1012/л, гемоглобин - 132 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты – 488×109 /л, лейкоциты - 17,5×109 /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 21%, моноциты - 4%, СОЭ - 28 мм/ч. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте стартовый антибиотик и обоснуйте свой выбор 5. Укажите критерии неэффективности антибактериальной терапии
	20.	Мальчик 4 года 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4 °С. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мать вызвала неотложную помощь. При осмотре врач-педиатр неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности, над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Аускультативно: справа бронхиальное дыхание. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1. Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – 4,8×1012/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Вопросы: 1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного? 2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае? 3. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появление характерных патологических шумов над лёгкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют? 4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания. 5. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
	21.	Ребёнок 7 лет заболел остро после переохлаждения, отмечался подъём температуры до 39,0 °С, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости – синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом

		году жизни трижды перенёс ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4–5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД – 32 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС – 120 ударов минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109 /л, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого. Вопросы: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Какие изменения в биохимическом анализе крови Вы ожидаете? 3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребёнка. 4. Назначьте лечение. 5. Можно ли лечить ребёнка в амбулаторных условиях?
	22.	Ребенок 4 лет заболел 5 дней назад: отмечался подъём температуры тела до 37,5°С, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение «домашними» средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5 день заболевания отмечен подъём температуры до 38,6°С, нарастание влажного кашля, учащение дыхания. Ребёнок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, прикорм с 4 месяцев. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенёс ветряную оспу и дважды ОРВИ. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания - 40 в 1 минуту. Втяжение межрёберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над лёгкими лёгочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: в лёгких дыхание жёсткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же - влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под рёберного края, селезёнка не пальпируется. Полный анализ крови: эритроциты - 4,0×1012/л, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 13,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 8%, тромбоциты - 200×109 /л, СОЭ - 20 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких расширены, слева неструктурны, лёгочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте необходимость антибактериальной терапии при данном заболевании. 3. Назначьте препарат с указанием его дозы, кратности, способа введения, длительности курса. 4. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится данный препарат. Охарактеризуйте данный препарат. 5. Укажите нежелательные побочные реакции препарата
	23.	Ребёнок 9 месяцев заболел 3 дня назад: отмечался подъём температуры тела до 37,5°С, появились серозные выделения из носа. Получал противовирусные препараты, сосудосуживающие средства эндоназально. На фоне лечения состояние не улучшалось, температура в течение второго – третьего дней заболевания повысилась до 38,2-39,4°С, появился влажный кашель. Ребёнок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, прикорм с 4 месяцев. До настоящего времени перенёс три раза ОРВИ. При осмотре участковым врачом-педиатром участковым состояние средней степени тяжести.

		Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. В зеве яркая гиперемия. Отёчность нёбных миндалин. Отмечается влажный кашель, серозные выделения из носа. Частота дыхания - 48 в 1 минуту. Перкуторно – в нижней доле справа определяется укорочение перкуторного звука, аускультативно - в этой же области влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под рёберного края, селезёнка не пальпируется. В анализах: общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 13,5×109 /л, палочоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 8%, СОЭ - 29 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких расширены, в нижней доле справа лёгочный рисунок усилен, определяются очаговые тени. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте необходимость жаропонижающей терапии при данном заболевании. Укажите препараты выбора в данном случае. 3. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится Ибупрофен. Укажите механизм его действия. 4. Назначьте конкретный жаропонижающий препарат с указанием его дозы, кратности и способа введения. 5. Укажите нежелательные побочные реакции НПВС (Ибупрофена).
	24.	Мальчик 12 лет два дня назад купался с друзьями в реке, очень сильно замёрз. На следующий день родители с мальчиком обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на лихорадку, головную боль, слабость, вялость, сухой болезненный кашель у ребёнка. При осмотре: температура тела – 39,0°С. Кожные покровы влажные, бледные. Слизистые оболочки чистые. Зев гиперемирован. Частота дыхания – 28 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. От госпитализации ребёнка в стационар родители отказались. Вопросы: 1. Для какого заболевания характерна подобная клиническая картина? Укажите наиболее частые возбудители данного заболевания, учитывая возраст пациента. 2. Назовите план дополнительного обследования ребёнка и ожидаемые результаты. 3. Назначьте необходимое лечение. Обоснуйте выбор антибактериального препарата в зависимости от вида возбудителя (S. pneumoniae, H. influenzae, M. pneumoniae, C. pneumoniae) и наличия аллергии на препараты пенициллинового ряда в анамнезе. 4. Перечислите основные побочные эффекты антибактериальной терапии. 5. Назовите критерии оценки эффективности антибактериальной терапии.
	25.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 1 года 10 месяцев. Анамнез заболевания: заболел постепенно: появились слизистые выделения из носа, редкий кашель, температура тела – 37,5°С. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребёнок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затруднённым выдохом. Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды в срок с массой 3000 г, длиной 50 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. С введением блюд прикорма появилось мокнутие щек, перенес ОРВИ после 1 года 3 раза, последние 2 эпизода сопровождались затруднённым выдохом. Осмотр: состояние мальчика средней степени тяжести, положение ортопное. Вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, при плаче – периоральный цианоз. В акте дыхания участвуют крылья носа и мышцы плечевого пояса. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над лёгкими на фоне жёсткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинен, ЧДД – 55 в мин. ЧСС – 146 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень – у нижнего края рёберной дуги. Рост – 83 см, масса тела – 12 кг 800 г.

		Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его. 2. Каковы патогенетические механизмы возникновения дыхательной недостаточности в данном случае? 3. Оцените показатели физического развития. 4. Окажите неотложную помощь ребёнку. 5. Каковы Ваш план лечения и диспансерного наблюдения?
	26.	Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение. Наследственность по аллергопатологии не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии. 5. Какова тактика дальнейшего наблюдения?
	27.	Мальчик 11 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°С. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у мальчика произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар. Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови. Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 10,9×109 /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

		Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка? 4. Окажите неотложную помощь ребёнку. 5. Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.
	28.	Девочка 3 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°С, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы. Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура – 38,9°С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям – сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,2×109 /л, лейкоформула не изменена, гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите и обоснуйте тактику терапии. 3. При присоединении бактериальной флоры какое обследование необходимо выполнить в первую очередь? Укажите предполагаемые результаты обследования. 4. В случае присоединения вторичной бактериальной инфекции какой препарат следует выбрать в первую очередь? Укажите дозы, предпочтительный путь введения, критерии эффективности антибактериальной терапии. 5. Назовите метод специфической профилактики респираторных инфекций у детей с первого года жизни, перечислите препараты.
	29.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 3 лет с жалобами на малопродуктивный приступообразный кашель, подъём температуры до 38,5ºС, отказ от еды, шумное затруднённое дыхание у ребёнка. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок болен 3 дня, когда появились температура, насморк, подкашливание. На 3 день болезни присоединилось затруднённое дыхание. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с весом 3500 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 6 месяцев, затем переведён на искусственное (у матери не стало молока). Развитие по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Болеет 2-3 раза в год, не тяжело. Антибиотики не получал. Аллергоанамнез не отягощён. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии матери – экзема. Мать не переносит Пенициллин. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребёнок возбуждён, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой выражен, паратрофик. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание слышно на расстоянии, с затруднённым выдохом и втяжением межрёберных промежутков. Частота дыхания до 45 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аускультации сухие свистящие и влажные хрипы различного калибра. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты – 19 тысяч; палочкоядерные нейтрофилы – 8%; сегментоядерные нейтрофилы – 47%; лимфоциты – 42%; моноциты – 3%. СОЭ – 23 мм/ч. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

		3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии для купирования бронхообструктивного синдрома? Обоснуйте свой выбор. 5. На фоне проводимой терапии состояние ребёнка улучшилось: купировалась одышка, появился продуктивный кашель, нормализовалась температура тела. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	30.	Родители мальчика 4 лет обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на длительный кашель после перенесённой ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6 день. Период новорождённости протекал без особенностей. С 3,5 месяцев переведён на искусственное вскармливание. Сидит с 7 месяцев, стоит с 10 месяцев, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. Врачоториноларинголог диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребёнка – пищевая и лекарственная аллергия, отец – практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашён врач-педиатр участковый. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела – 37,2 °С. Над лёгкими перкуторный звук лёгочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинённого выдоха – рассеянные сухие, свистящие хрипы и среднепузырчатые влажные. ЧД – 28 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края рёбер. Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 4,9×109 /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 38%, моноциты – 9%, СОЭ – 6 мм/час. Рентгенография грудной клетки: усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию? 3. Назначьте лечение. 4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию? 5. Каков прогноз?
	31.	Ребенок 7 месяцев, осмотрен педиатром с жалобами на одышку, отставание в росте и весе. **Анамнез:** С 6 мес при введении в кормление молочной смеси и каш на молоке отмечаются респираторные симптомы, которые развиваются исподволь (кашель, кряхтящее дыхание, позднее одышка, дистантные «крепетирующие хрипы», втяжение межреберий в акте дыхания). При первичном осмотре пульмонолога – диффузные крепетирующие хрипы по всем полям, снижение сатурации до 92-90%. Был назначен пробный курс преднизолона внутрь на 2 недели с выраженной положительной динамикой респираторных симптомов и аускультативных изменений в легких, но при отмене – отмечен возврат. Находился на безлактозном Нане, вырос за 3 мес на 2 см, в весе не прибавил.Анализ крови на АТ к РС вирусной инфекции – отр, типоспецифические IgE к аллергенам(смесь плесени, кошка, коровье молоко, пшеничная мука) – отр. IgG в БКМ – более 200 мг\мл (высокий титр). **Обследование:** Анализ крови без патологии. Анализ мочи – норма, копрология – норма, соскоб на э\б – отр Сахар крови – 3.6 ммоль\л. Риноцитология: с\я\ - 100%. Б\х крови – АЛТ – 27 мг\дл, АСТ – 43 мг\дл, билирубин – 14 мкмоль\л, прямой – 1,0 мкмоль\л, непрямой – 13 мкмоль\л, о белок – 62 г\л, альбумины – 40г\л, глобулины – 22 г\л, кальций (ионизир)– 1.34 мкмоль\л, К – 4,17 ммоль\л, натрий – 141 ммоль\л, амилаза – 72 н\л. СРБ – отр. ЦИК – 65 ед\л. ЭКГ – Синусовая тахикардия. Вертикальное положение эл оси сердца. УЗИ сердца – патологии нет, признаков легочной гипертензии – нет. РКТ органов грудной клетки: очагово – инфильтративных изменений нет, единичные субпдевральные буллы с обеих сторон, линейный пневмофиброз в нижней доле справа. Бронхоскопия: катаральный эндобронхит 2 степени с обеих сторон. Браш – биопсия: большое количество нейтрофильных лейкоцитов, все

		с\я – 100%, единичные макрофаги, которые встречаются как изолированно, так и скоплениями. **Вопросы:** 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза? 4. Каковы принципы лечения заболевания? 5. У каких специалистов должен наблюдаться ребёнок? Каков прогноз данного заболевания?
	32.	Девочка 14 лет на приеме врача педиатра городской поликлиники **Жалобы:** на учащение зловонного стула до 2-3 раз в день, ежедневный влажный кашель с периодическим отхождением слизисто – гнойной мокроты, утомляемость, заложенность носа. **Анамнез:** Больна с рождения: стеаторея, большой живот, эпизоды выпадения прямой кишки гипостатура на 1м году жизни, периодические курсы креона с непродолжительным улучшением состояния. С 2,5 лет – рецидивирующий респираторный синдром (пневмонии с затяжным течением, бронхиты) с формированием синдрома хронического кашля. В периодических посевах мокроты - MPCA в течение 6 лет, Pseudomonas aerugenosae в течение 4 лет. Частота обострений бронхолегочного процесса – 5-6 раз в год **При осмотре:** выражен влажный мучительный кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, одышка при быстрой ходьбе и беге. Кожные покровы бледно – розовые, сухие, губы яркие , хейлит, сыпи нет, отмечается деформация концевых фаланг пальцев рук и ног по типу « барабанных палочек и часовых стекол», пониженного питания (рост 143 см, вес – 27 кг), Грудная клетка бочкообразная, при аускультации дыхание везде проводится выслушиваются обильные сухие и влажные хрипы в легких по всем полям, справа в нижних отелах – выраженного ослабление дыхания. ЧД 26 в минуту, тоны сердца отчетливые, ритм правильный, акцент 2 тона на во втором межреберье справа, ЧСС – 87 в минуту. Живот увеличен в объеме, метеоризм, печень – плотный край +3 см, селезенка не определяется. Стул 1 – 2 раза в день, периодически жирный (при погрешностях в диете), диурез в норме. **Обследование:** Анализ крови: эр -4,4 10\л, Hb – 146 г\л, лейкоциты – 10,5 10\л, эоз – 3, с\я - 56, лимф – 40, мон – 2, СОЭ – 4 мм\час. Копрология – нейтральный жир+++. Анализ мочи: без патологии. Сахар крови натощак – 4,56 ммоль/л, через 2 часа после еды – 7.8ммоль\л; Гликированный гемоглобин – 6.0 г\л. Б/х анализ крови: билирубин - 12.0 – 1,0 - 11, 0 мкмоль\л, ЩФ – 1048 ед\л, амилаза- 38 ме/мл, АЛТ – 25 ед\л, АСТ – 35 ед\л, креатинин – 55,0 мкмоль\л, общий белок – 72 г\л, альбумины- 44 г\л, глобулины – 28 г\л, натрий – 146,6 ммоль\л, калий – 3,9 ммоль\л, кальций – 2.5 мкмоль\л, гамма ГТП – 23 мг/схл, СРБ – менее 6.мг\л. Рентгенограмма грудной клетки: легочный рисунок деформирован и сгущен с обеих сторон по типу «трамвайных рельсов» в верхних долях за счет утолщения слизистой бронхов. Средняя доля справа уплотнена за счет фиброателектаза. Тень сердца, диафрагма - б/о. Синусы свободны. Рентгенограмма пазух носа: субтотальное затемнение обеих в\ч пазух. Эхо КГ – ПМК, регургитация 1+, дополнительная трабекула левого желудочка, увеличение правых отделов сердца, ЛГ – 25 мм РТ ст. ФГДС: ГЭРБ с рефлюкс – эзофагитом 2 степени, недостаточность кардии, дуодено – гастральный рефлюкс. УЗИ брюшной полости: эхогенность печени диффузно повышена, в 4м сегменте печени – два участка неправильной формы (фиброз). КВР правой доли печени = 136 мм (+32 мм), воротная вена- не расширена. Желчный пузырь 68 – 26 мм увеличен, содержит гиперэхогенные включения (холестаз), без конкрементов, протоки не расширены. Pancreas эхогенность повышена, структура пестрая, диаметр головки – 19 мм, тело –13м, хвост - 19 мм. Селезенка - 89х30мм, однородная. Метеоризм. **Вопросы:** 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2 2. . Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза? 3. Каковы принципы лечения заболевания? 4. У каких специалистов должен наблюдаться ребёнок? Каков прогноз данного заболевания?