

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«19» ~~сентября~~ 20 11 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.19 «Педиатрия»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- 1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.19 «Педиатрия», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 N 1060.
- 2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.
- 3) Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- 4) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»»
- 5) приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»
- 6) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Новик Г.А.

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Жданова М.В.

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Новик Г.А.

(расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 «Педиатрия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК), профессиональных (ПК) и профессионально-специализированных компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Профессионально-специализированные компетенции (ПСК):

Готовность к оказанию лечебно-профилактической помощи детям с патологией органов дыхания (ПСК-1);

• Готовность и умение оказания лечебно-профилактической помощи детям с патологией пищеварительного тракта (ПСК-2);

• Готовность и умение проведения лечебно-профилактической помощи детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ПСК-3);

• Готовность и умение организации лечебно-профилактической помощи детям с патологией мочевыделительной системы (ПСК-4);

• Готовность и умение организации лечебно-профилактической помощи детям с патологией иммунной и кроветворной системы (ПСК-5).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;

- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Возрастные, морфологические и функциональные особенности пищевода и желудка. Желудочный сок, получение его, определение кислотообразующей, секретобразующей и эвакуаторной функции желудка.
2. Анатомо-физиологические особенности системы дыхания у детей. Частота и глубина дыхания в различные возрастные периоды, особенности газообмена у детей. Функциональные методы исследования органов дыхания (спирография, пневмотахометрия).
3. Понятие о здоровье, о влиянии эндогенных и экзогенных факторов на качественные характеристики развития и особенности адаптации детского организма. Критические периоды и критические состояния развития, понятие о пограничных состояниях здоровья.
4. Белковый обмен у детей. Особенности белкового обмена и семиотика основных его нарушений.
5. Возрастные морфологические и функциональные особенности органов пищеварения у детей. Понятие о полостном и мембранном пищеварении.
6. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей. Методы исследования.
7. Возрастные анатомо-физиологические особенности кожи, придатков кожи (волосы, брови, ресницы, ногти), подкожно-жировой клетчатки, их значение в патологии детей раннего возраста.
8. Краткие сведения об эмбриогенезе сердечно-сосудистой системы для понимания врожденных аномалий развития сердца и магистральных сосудов.
9. Кроветворение у плода (ангиобластический, печеночный и костно-мозговой типы). Гемо- и миелограммы у детей различных возрастных периодов. Типы гемоглобина. Роль А.Ф. Тура в развитии гематологии детского возраста.
10. Анатомо-физиологические особенности почек у детей.
11. Анатомо-физиологические особенности печени у детей. Роль желчи в процессах переваривания пищи. Методы оценки функций печени.
12. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей. Рост и формирование скелета. Сроки закрытия родничков и черепных швов. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. Патологические состояния костной ткани у детей.
13. Особенности жирового обмена у детей в различные периоды детства и семиотика основных его нарушений. Классификация гиперлипидемий. Подходы к коррекции.
14. Особенности иммунитета у детей. Т- и В-лимфоциты. Фагоциты. Система комплемента.
15. Заболеваемость, смертность, летальность, отдаленные последствия при инфекционных заболеваниях у детей в прошлые годы и в современных условиях. Причины изменений.
16. Хромосомные заболевания. Классификация. Клинические проявления. Экспресс-методы диагностики. Медико-генетическое консультирование.
17. Врожденные и наследственные заболевания почек у детей (аномалии развития почек и мочевыводящих путей). Врожденный нефротический синдром. Наследственный нефрит. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
18. Врожденные пороки сердца с цианозом (болезнь Фалло, комплекс Эйзенменгера,

транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагноз. Возможности хирургической коррекции.

19. Гепатоспленомегалия. Круг дифференциальной диагностики. Выбор направления для консультирования, функциональных и лабораторных исследований.

20. Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

6.2.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Ребенок К., 11 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных аускультативно на диспансерном осмотре в школе «перебоев в работе сердца», уменьшающихся при физической нагрузке. Ребенок «перебои» в сердце не ощущает. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляет. Мать девочки обращает внимание, что в течение последнего года ребенок спит более 10 часов в выходные дни, а также на снижение концентрации внимания.

Анамнез заболевания: давность существования вышеуказанных «перебоев в работе сердца» не известна. По ЭКГ в возрасте 7 лет при прохождении диспансеризации перед школой патологии не выявлено. После 7 лет до настоящего обращения результатов ЭКГ в динамике нет.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе ПМК 1 степени, гемодинамически незначимый, проф. вредности, вредные привычки отрицает. Отцу – 25 лет, проф. вредность (водитель, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 6 лет). Отец не обследован. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.600, длина – 53 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 6 лет – псевдотуберкулез, лечилась амбулаторно. До 7 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, отиты. С 5 лет занимается гимнастикой, с 8 – балльными танцами, в школе изучает 2 иностранных языка со 2 класса.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения, экстрасистолия до 5 в минуту. При переходе в ортоположение – пульс – 90 в минуту, сохранение экстрасистолии. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. После физической нагрузки (30 приседаний) – уменьшение экстрасистолии. 1 минуту. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Нв 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с неполной компенсаторной паузой. При переходе в ортоположение и после физической нагрузки (30 приседаний) - уменьшение экстрасистолии.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Проба с физической нагрузкой: выполнена с адекватной ЧСС (прирост ЧСС – 70 %) по нормотоническому типу реагирования. Коронарный кровоток не нарушен. Восстановительный период по ЧСС и АД в норме. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма не спровоцировано. Синкопе, ухудшения самочувствия не зафиксировано. Исходно – суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмированности. На высоте нагрузки – исчезновение экстрасистолии, на 6 минуте восстановительного периода – редкая экстраксистолы. Толерантность к физической нагрузке удовлетворительная.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС – 80 в минуту, максимальная ЧСС – 153 в минуту, минимальная ЧСС – 64 в минуту в дневные часы и 60, 90 и 54 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,2 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 3 тысячами суправентрикулярных экстрасистол.

Рентген шейного и грудного отделов позвоночника: сколиоз 1 степени грудного отдела позвоночника.

ЭЭГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Заболевание перикарда
2. Недостаточность кровообращения
3. Эндокринная патология
4. Заболевание системы крови
5. Нарушение сердечного ритма

Ответ: 5.

Задача №2

Ребенок П., 14 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных изменений на ЭКГ при прохождении диспансерного осмотра в спортивном диспансере (ребенок занимается фигурным катанием школе Олимпийского резерва, тренировки 5 раз в неделю. При прохождении диспансерных осмотров ранее по ЭКГ патологии не выявлено. ЭХО-КГ, суточного ЭКГ – мониторинга ранее не проводилось). Наряду с этим – 2 месяца

назад, спустя 20 минут после окончания очередной тренировки – внезапное развитие приступа учащенного сердцебиения, сопровождающегося резкой бледностью кожных покровов, чувством страха, «холодным» потом, длительностью до 2 минут. Улучшение самочувствия достигнуто задержкой дыхания. Ранее подобные эпизоды учащенного сердцебиения у ребенка мать ребенка и сама пациентка отрицают. За медицинской помощью на тот момент не обращались. Записи ЭКГ на фоне внезапного учащенного сердцебиения нет. Каких-либо иных жалоб пациентка не предъявляет

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота, железодефицитная анемия, грипп на сроке 3 месяца, лечилась амбулаторно симптоматическими средствами). Матери на момент беременности 25 года, в анамнезе миопия 1 степени, хронический компенсированный тонзиллит, проф. вредность (медсестра анестезистка), вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 29 лет, военный, работал в зонах с повышенной радиацией до рождения ребенка в течение 3 лет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. Дед девочки по линии матери умер в возрасте 45 лет (внезапная смерть). Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 55 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 4 года – ОРЗ, острый катаральный отит, лечилась амбулаторно, в 6 лет – ветряная оспа, лечилась амбулаторно. Во время занятий – многократные падения, удары затылком об лед. За медицинской помощью не обращались.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 76-80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери)).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, PQ – 110 мс, QRS 120 мс, QT – 360 мс. Дельта-волна. Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС – 72 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в

минуту, минимальная ЧСС – 60 в минуту в дневные часы и 62, 90 и 45 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,4 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 642 суправентрикулярных экстрасистол.

Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца: исходно – признаки предвозбуждения желудочков (укорочение интервала PQ (90 мс), дельта-волна, расширенный QRS (120 мс). Электрофизиологические показатели функции синусового узла и АВ соединения в пределах нормы. В ходе исследования – развитие пароксизмальной АВ реципрокной тахикардии с участием ДПП, с развитием пресинкопе со снижением АД до 80/50 мм/рт/ст., рефлексорные пробы – без эффекта. Пароксизм курирован сверхчастой стимуляцией. Ритм после электростимуляции – синусовый.

ЭКГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Заболевания ЖКТ
2. Эндокринная патология
3. Заболевания системы крови
4. Нарушение сердечного ритма
5. Патология МВС
6. Патология органов дыхания

Ответ: 4.

Задача №3

Ребенок Н., 15 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с лихорадкой до фебрильных цифр, одышкой, выраженными симптомами интоксикации, миалгиями, сухим кашлем.

Анамнез заболевания: после фарингита, манифестирующего 3 недели назад, отмечались повышение температуры до 39,5, нарастающая слабость, выраженные головные боли без четкой локализации в отсутствие тошноты и рвоты, присоединение миалгий, одышки, сухого кашля. За период динамического наблюдения в течение 5 дней до госпитализации в стационар отмечалось сохранение лихорадки.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (17 лет). Матери на момент беременности 27 лет, в анамнезе частые бронхиты, ангины, проф. вредность (химик, лако-красочное производство), вредные привычки отрицает. Отцу – 30 лет, проф. вредность (подводник, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 11 лет). У отца патологии сердечно-сосудистой системы не выявлено. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 52 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. С 3 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, бронхиты, в 6 лет – грипп, средней степени тяжести, в 8 лет острый катаральный отит (лечилась амбулаторно). С 6 лет занимается плаванием.

Объективно: состояние средней тяжести, в сознании, аппетит снижен, но охотно вступает в контакт. Кожные покровы бледные, без высыпаний, периферический цианоз. Умеренная

пастозность лица. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 100 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Увеличение площади сердечной тупости в положении лежа и ее уменьшение в положении «сидя», появление тупого кардиодиафрагмального угла справа. Расширение границ вправо и влево. Тоны сердца приглушены, 100 в минуту, дефицита пульса не отмечено, систоло-диастолический шум, не связанный с тонами сердца, с р. макс. во 2-4 межреберьях слева в положении сидя. ЧД – 24 в минуту, ритмичное, отмечается западение межреберных промежутков около грудины, выпячивание грудной клетки. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Обращает внимание отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень увеличена (+3 см из под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Нижние конечности пастозны. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациентки).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 130 г/л, эр. $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $14,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 45%, л – 42%, м – 8%, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, АЛТ – 52 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 18 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии (РФ, АСЛ-О, АСК, сиаловые кислоты) – без патологии.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

ПЦР крови к вирусам: результат отрицательный

Исследование иммунного статуса: уровень ЦИК в норме. Обращает внимание повышение уровня иммуноглобулина А.

Тест на холодовые агглютинины: результат отрицательный

Антинуклеарный фактор: отрицательный

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ: синусовая тахикардия с частотой 88-102 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернативой, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков.

ЭХО-КГ: умеренное увеличение конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка. Размеры полостей правого и левого предсердий – на верхней границе нормы с учетом центильных показателей. Умеренное снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 54%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии на верхней границе нормы (30 мм/рт/ст). Обращает

внимание наличие утолщения перикарда и жидкости в перикардиальной полости.

Рентген грудной клетки: Корни легких структурны. Аорта не расширена. Изменение «силуэта» сердечной тени (шаровидная форма). Образование острого угла с диафрагмой. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС – 96 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в минуту, минимальная ЧСС – 68 в минуту в дневные часы и 64, 112 и 56 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Обращает внимание снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернацией, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена, контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Эндокринная патология
2. Заболевания системы крови
3. Нарушение сердечного ритма
4. Заболевания перикарда
5. Патология МВС
6. Патология ЖКТ
7. Заболевания ЦНС

Ответ: 4.

Задача №4

Ребенок Э, 14 лет поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, частые эпизоды сердцебиений вне связи с физическими и психо-эмоциональными нагрузками, постоянную слабость, выраженную потливость, пастозность нижних конечностей (преимущественно в вечерние часы).

Анамнеза заболевания: через 2 недели после ОРВИ, острого бронхита появилась одышка, которая в динамике отмечалась даже при малейшей физической нагрузке, слабость приобрела постоянный характер. С того же времени стали возникать приступы удушья (преимущественно в ночные часы при нахождении в горизонтальном положении с уменьшением симптоматики при переходе в положение «сидя»). Приступ удушья сопровождался покашливанием, чувством саднения в горле, болями за грудиной. В динамике отмечалось появление отеков нижних конечностей с преобладанием последних в вечерние часы.

Анамнез жизни: без особенностей (ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (14 лет, здоров, занимается профессиональным спортом, при амбулаторных обследованиях данных за патологию сердечно-сосудистой системы не получено). У матери в анамнезе – хронический компенсированный тонзиллит. Отец патологию сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении –

3.2 00, длина – 54 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. С 3,5 лет – редкие ОРЗ, ОРВИ (лечился амбулаторно). На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентирован. На вопросы отвечает адекватно. Сон не нарушен. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание на наличие «мраморности» кожи, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 100-110 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1.5 см. кнаружи от *lineamedio clavicularis sinistra*, усиленный, разлитой, площадью 3.0 см. Границы относительной сердечной тупости: правая - в 4-ом межреберье на 3 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне 2-го ребра, левая - в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от *lineamedio clavicularis*. При аускультации – отмечается ослабление 1 тона на верхушке, систолический шум без экстракардиального проведения; акцент II тона на легочной артерии. ЧД 24 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 3 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеочника безболезненна. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациента).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Эр. $4,02 \cdot 10^{12}/л$, Нв 136 г/л, L –5.2 X10/9., Б. – 1%, Э.-4%, П.- 1%, С. –54%, Л.–32%, М.– 8%. СОЭ 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, АЛТ – 42 Ед/л, АСТ – 78 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 15 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 100 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 49.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 20.0 МЕ (N: 0-20), тропониновый тест – отрицательный.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Иммунология:

Исследование иммунного статуса: Ig A - 1.37 г/л (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 5.26 г/л (N: 7.23 - 16.85), Ig M (0,93 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 100-115 в минуту. Отклонение влево ЭОС. Неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки ЭХО-КГ: левое предсердие 4,5 см (норма до 3,8 см) КДРЛЖ – 5,7 см (норма до 5,0 см),

правое предсердие 4,0x5,0 (норма – менее 4,5x4,9 см), правый желудочек – 3,1 см (М – режим при норме до 3,0 см). Диффузная гипокинезия свободных стенок левого и правого желудочка. Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 53%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 34 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов, сердечные дуги сглажены, резко сглажен 'conus pulmonalis'. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС – 105 в минуту, максимальная ЧСС – 140 в минуту, минимальная ЧСС – 95 в минуту в дневные часы и 97, 103 и 93 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,6 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами. Транзиторная неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+3,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных сформулируйте у пациента имеет место:

1. Патология системы крови
2. Врожденная патология ЦНС
3. Опухоль сердца
4. Поражение сердечно-сосудистой системы инфекционно-воспалительного генеза.
5. Токсическое поражение печени.
6. Патология МВС

Ответ: 4

Задача №5

Ребенок Р, 1 год, 4 месяца, поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2-х месяцев, выраженную потливость преимущественно в ночные часы. Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, появились отеки на ногах.

Анамнеза заболевания: в возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ (энтеровирусную инфекцию?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель) с субфебрильной лихорадкой 37,2 - 37,5⁰С. В это же время отмечался жидкий стул, рвота. С этого времени мальчик стал вялым, быстро уставал при ходьбе, постоянно просился «на руки». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного острого вирусного

заболевания. Лабораторных исследований на амбулаторном этапе не проводилось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе хронический компенсированный тонзиллит, до 12 лет – в анамнезе – частые ангины, проф. вредность, вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 26 лет, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. У бабушки ребенка по линии матери – приобретенный порок сердца. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.100, длина – 52 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, замедления темпов весо-ростовых показателей до манифестации заболевания не отмечалось. В 8 месяцев – ОРВИ, острый ринофарингит (легкое течение, лихорадил до субфебрильных цифр, лечение симптоматическое амбулаторно). Всегда был подвижен, активен. На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. В сознании Ориентирован. Эмоциональный фон, аппетит значительно снижены. Сон беспокойный. Лихорадит до субфебрильных цифр. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание наличие цианоза носогубного треугольника, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 130-160 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум с р. макс. на верхушке и в точке Боткина- Эрба, экстракардиально не проводится. ЧД 40-44 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. В нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 7 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка – (+2 см). Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Дизурические явления мать у ребенка отрицает. Стула 1 раз, оформленный, без патологических примесей (со слов матери).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 54 г/л, АЛТ – 54 Ед/л, АСТ – 92 Ед/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 92 ммоль/л, ЛДГ – 580 ммоль/л, билирубин – 19мкмоль/л, КФК 190 ммоль/л, КФК МВ 44 Ед/л, К – 2,5 ммоль/л, ионизированный Са – 1,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 8 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 114 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 110.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 18.0 МЕ (N: 0-20).

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Исследование иммунного статуса: Ig A - 4.1 g/l (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 4.88 g/l (N: 7.23 - 16.85), Ig M (1,73 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат.

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 120-168 в минуту. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Желудочковая экстрасистолия с различной степенью аллоритмии.

ЭХО-КГ: левое предсердие 3,6 см (норма до 3,2 см) КДРЛЖ – 4,3 см (норма до 4,0 см). Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 50%, ФУ – 30%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 32 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны.

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Увеличение КТИ (60).

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –135 в минуту, максимальная ЧСС – 180 в минуту, минимальная ЧСС – 99 в минуту в дневные часы и 115, 130 и 98 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 3 тысячами, 288 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+7,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрпеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка увеличена (+2,3 см), селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования какой диагноз Вы поставите пациенту?

1. Бронхиальная астма, атопическая, поливалентный спектр сенсибилизации, приступный период, тяжелое течение. ДН2-3.
2. Острый неревматический кардит вирусной этиологии с преимущественным поражением миокарда, тяжелое течение, осложненный ЛЖН 2 Б ст., ПЖН 2Б ст, нарушением ритма и проводимости (желудочковой экстрасистолией с различной степенью аллоритмии).
3. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, манифестирующий тип. Пароксизмальная АВ реципрокная тахикардия с участием ДПП.
 1. Анемия Фанкони.
 2. Постинфекционный энтерит, средне-тяжелое течение.

Ответ: 2.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Методы обследования больных (сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация).
2. Правила и техника переливания крови.
3. Временная остановка наружных кровотечений (правила наложения жгута и другие способы остановки).
4. Вскармливание детей раннего возраста. Раннее прикладывание, техника и режим кормления.
5. Подбор возрастных и лечебных диет при различных заболеваниях.
6. Обработка пупочной ранки и кожи новорожденных.

7. Оценка функционального и неврологического статуса доношенного и недоношенного новорожденного.
8. Оказание первичной реанимации новорожденному, составление программы инфузионной терапии и парентерального питания.
9. Проведение операции заменного переливания крови.
10. Оценка биохимических показателей сыворотки крови новорожденного, в том числе недоношенных различной степени зрелости.

6.2.4. Тестовые задания

1. ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ПРИВЕДЕТ К БОЛЬШЕМУ УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:
 1. у высокотренированного человека
 2. у обычного человека
 3. у слабого человека
2. ПОМЕХИ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ В СТАНД. ОТВЕДЕНИЯХ II, III, NO НЕ В ОТВЕДЕНИИ I СВЯЗАНЫ С ПЛОХИМ КОНТАКТОМ ЭЛЕКТРОДА:
 1. на левой руке
 2. на правой руке
 3. на левой ноге
 4. на правой ноге
3. СИЛА СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦЫ В ОТВЕТ НА ОДИНОЧНОЕ ПРЯМОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНОГО ПРЕПАРАТА:
 1. увеличится
 2. уменьшится
 3. не изменится
4. НАИБОЛЕЕ ЯРКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЕ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ БУДЕТ:
 1. гиперрефлексия
 2. коматозное состояние
 3. нарушение координации движений
 4. нистагм
 5. диплопия
5. РЕЗКО ПОВЫШЕННЫЙ ДИУРЕЗ ПРИ СНИЖЕННОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:
 1. коры больших полушарий
 2. мозжечка
 3. гиппокампа
 4. гипофиза
 5. ствола мозга
6. ПРИ ГЕМОФИЛИИ:
 1. время кровотечения резко повышено, время свертывания мало изменено
 2. время кровотечения мало изменено, время свертывания резко повышено
 3. время кровотечения и время свертывания повышены
 4. время кровотечения и время свертывания мало изменены

7. В ОТВЕТ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СОЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ:
1. альдостерона
 2. антидиуретического гормона
 3. адренкортикотропного гормона
 4. окситоцина
8. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ОТ Rh- ДОНОРА Rh+ РЕЦИПИЕНТУ ТРАНСФУЗИОННЫЙ ШОК, СВЯЗАННЫЙ С Rh-НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ:
1. не возникает
 2. возможен при переливании большого объема крови
 3. возможен, если реципиент - женщина с несколькими беременностями в анамнезе
 4. возможен, если донор - женщина с несколькими беременностями в анамнезе
 5. возможен, если реципиенту уже было проведено несколько переливаний крови
9. У БОЛЬНОГО С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ:
1. время кровотечения резко повышено, время свертывания мало изменено
 2. время кровотечения мало изменено, время свертывания резко повышено
 3. время кровотечения и время свертывания повышены
 4. время кровотечения и время свертывания мало изменены
10. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТОНУСА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА НА ЭКГ БУДЕТ:
1. снижение вольтажа зубца Т
 2. уширение комплекса QRS
 3. удлинение интервала PQ
 4. уширение зубца Р
 5. укорочение интервала PQ
11. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕННЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:
1. аномалии расхождения хромосом
 2. аномалии кроссинговера
 3. аномалии репликации
 4. аномалии синтеза белка
12. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОМОСОМНЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:
1. аномалии расхождения хромосом
 2. аномалии кроссинговера
 3. аномалии репликации
 4. аномалии синтеза белка
13. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕНОМНЫХ МУТАЦИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:
1. аномалии расхождения хромосом
 2. аномалии кроссинговера

3. аномалии репликации
4. аномалии синтеза белка

14. У ВШИ:

1. три отдела тела, три пары конечностей
2. два отдела тела или отсутствует разделение тела на отделы, четыре пары конечностей
3. три отдела тела, четыре пары конечностей

15. У ТАЕЖНОГО КЛЕЩА:

1. три отдела тела, три пары конечностей
2. два отдела тела или отсутствует разделение тела на отделы, четыре пары конечностей
3. три отдела тела, четыре пары конечностей

16. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПОЧКИ ЗАРОДЫША ЧЕЛОВЕКА:

1. головная почка, тазовая почка в тазовой области, туловищная почка, тазовая почка в поясничной области
2. головная почка, туловищная почка, тазовая почка в тазовой области, тазовая почка в поясничной области
3. головная почка, туловищная почка, тазовая почка в поясничной области, тазовая почка в тазовой области

17. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОБЪЯСНЕНИЕМ НАЛИЧИЯ В 1/4 КЛЕТОК РЕБЕНКА ТРИСОМИИ ПО 21-Й ХРОМОСОМЕ, А В 3/4 - НОРМАЛЬНОГО КАРИОТИПА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. нерасхождение 21-й хромосомы в мейозе при овогенезе
2. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии дробления
3. нерасхождение 21-й хромосомы в мейозе при сперматогенезе
4. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии гастрюляции
5. нерасхождение 21-й хромосомы в митозе на стадии первичного органогенеза

18. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ ДИФИЛЛОБОТРИОЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

19. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ТЕНИАРИНХОЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

20. КАКОВЫ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ

ЭХИНОКОККОЗЕ АСКАРИДОЗЕ, ТРИХОЦЕФАЛЕЗЕ:

1. проглатывание инвазионных яиц
2. проглатывание инвазионных личинок с рыбой
3. проглатывание личинок с мясом
4. трансмиссивный

21. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Lamblia intestinalis* В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. кровь

22. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Fasciola hepatica* В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

23. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Paragonimus westermanii* В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

24. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ *Balantidium coli* В ОРГАНИЗМЕ:

1. головной мозг
2. легкие
3. тонкая кишка
4. толстая кишка
5. печень

25. ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
2. 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
3. 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
4. 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек

26. ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
2. 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
3. 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
4. 13-16 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек

27. СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА (В СМ) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 45-47
2. 48-49
3. 50-52
4. 53-55

28. СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА (В Г) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 2700-2900
2. 3000-3200
3. 3300-3400
4. 3500-3700

29. МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:

1. 7-9 мес
2. 9-12 мес
3. 12-18 мес
4. 18-24 мес

30. СООТВЕТСВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РЕБЕНКА РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (n -ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ):

1. $n-2$
2. $n-4$
3. $n-6$
4. $n-8$

31. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВСЕХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ:

1. 1-1,5 года
2. 1,5-2 года
3. 2-2,5 года
4. 2,5-3 года

32. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 3-4 лет
2. 4-5 лет
3. 5-6 лет
4. 7-8 лет

33. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 90 в 1 мин
2. 100 в 1 мин
3. 130 в 1 мин
4. 160 в 1 мин

34. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА В 1 ГОД В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100 в 1 мин
2. 120 в 1 мин

3. 140 в 1 мин
4. 160 в 1 мин

35. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80 в 1 мин
2. 90 в 1 мин
3. 100 в 1 мин
4. 120 в 1 мин

36. СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ(n -ВОЗРАСТ В ГОДАХ):

1. $60+2n$
2. $90+n$
3. $90+2n$
4. $100+n$

37. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДИТСЯ:

1. По срединно-ключичной линии
2. По передней подмышечной линии
3. Кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
4. Кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

38. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Бифидум-бактерии
2. Ацидофильные палочки
3. Кишечные палочки
4. Энтерококки

39. У ДЕТЕЙ ПЕЧЕНЬ ВЫСТУПАЕТ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ДО:

1. 3-5 лет
2. 5-7 лет
3. 7-9 лет
4. 9-11 лет

40. КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

1. $1/3-1/5$
2. $1/3-1/2$
3. $2/3-3/4$
4. Соответствует количеству выпитой жидкости

41. КОЛЕБАНИЯ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ (МЛ) У РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ:

1. 100-300
2. 300-600
3. 500-700
4. 700-900

42. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ДО:

1. 5-10
2. 10-15
3. 15-20
4. 20-25

43. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100-140
2. 120-140
3. 160-180
4. 180-240

44. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100-120
2. 110-130
3. 120-140
4. 140-160

45. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ (10⁹/Л) У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-6
2. 6-12
3. 12-15
4. 16-20

46. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ (10⁹/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ:

1. 50-100
2. 50-200
3. 100-300
4. 150-300

47. ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 2-3 дней жизни
2. 4-5 дней жизни
3. 10-11 дней жизни
4. 5-6 месяцев

48. ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 4-5 месяцев
2. 2-3 лет
3. 4-5 лет
4. 6-8 лет

49. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ (%) В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА С ВОЗРАСТОМ:

1. Уменьшается
2. Увеличивается

3. Не изменяется

50. СВОБОДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ РЕЖИМ КОРМЛЕНИЙ:

1. каждые 3 часа с ночным перерывом
2. Каждые 3 часа без ночного перерыва
3. Когда сам ребенок определяет часы и объем кормлений (кормления по «требованию» ребенка)
4. В фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком

6.3. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html>
2. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html>
3. Педиатрия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html>
4. Скорая и неотложная медицинская помощь детям [Электронный ресурс] / Шайтор В.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441169.html>
5. Клиническая вакцинология [Электронный ресурс] / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html>
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html>
7. Реабилитация детей и подростков при различных заболеваниях [Электронный ресурс] / Под общей редакцией Т.Г. Авдеевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2384.html>

Дополнительная:

1. Пневмонии у детей [Электронный ресурс] / Самсыгина Г.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443958.html>
2. Детская гастроэнтерология : практическое руководство [Электронный ресурс] / Под ред. И. Ю. Мельниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443385.html>
3. Эндокринные заболевания у детей и подростков [Электронный ресурс] / под ред. Е.Б. Башниной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440278.html>
4. Наследственные болезни [Электронный ресурс] / под ред. Е.К. Гинтера, В.П. Пузырева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5. Нефрология. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Е.М. Шилова, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437148.html>
6. Оценка статуса питания ребенка в практике врача-педиатра [Электронный ресурс] / Ю.В. Ерпулёва, А.А. Корсунский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437360.html>
7. Клинические рекомендации. Детская гематология [Электронный ресурс] / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434758.html>