

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей



УТВЕРЖДАЮ

Ректор  
профессор Л.Д. Шалыгин

2021 год

**Программа  
Государственной итоговой аттестации**

кафедра педиатрии

**Специальность – 31.08.19 Педиатрия**

**Направленность (профиль) программы – Педиатрия**

**Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации**

**Форма обучения - очная**

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол № 1

« 08 » февраля 2021 год

МОСКВА, 2021

Составители:

Стуколова Т.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии  
Луганцева В.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры педиатрии


Рецензенты:

Учайкин Г.Ф., д.м.н., профессор, профессор кафедры педиатрии

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.19 Педиатрия, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1060.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой

 Н.А. Михашина

## **1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации**

**Цель** – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия».

### **Задачи:**

1. установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач врача-педиатра.
2. принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-педиатр.

## **2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры**

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. Государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19 «Педиатрия» завершается присвоением квалификации " Врач-педиатр " .

## **3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки);
- родители (законные представители) пациентов (далее – родители (законные представители));
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:**

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;

психолого-педагогическая;  
организационно-управленческая

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

**Универсальные компетенции (УК):**

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью 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).

#### **4. Форма и структура государственной итоговой аттестации**

##### **4.1. Форма государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия» проводится в форме государственного экзамена.

##### **4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации**

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия» составляет 108 часов (3 зачётные единицы)

##### **4.3. Структура государственной итоговой аттестации**

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности.

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана по специальности 31.08.19 «Педиатрия». Каждый обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестовый контроль отводится 120 минут.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

### **Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена**

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2 этап - практический	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3 этап - устное собеседование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

## **5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации**

Сроки проведения ГИА определяются календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Программа ГИА, включая программы государственных экзаменов, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее, чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА. Обучающийся обязан прийти на консультацию перед экзаменом, чтобы, во-первых, узнать о возможных изменениях в ходе его проведения, а во-вторых, проконсультироваться у преподавателя по тем вопросам, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу последнего на

консультацию необходимо приходить, уже изучив весь – или почти весь – требуемый материал (практически готовым к экзамену) и сформулировав вопросы к преподавателю. Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации, обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский Университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## **6. Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации**

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

### **6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования**

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

90 % и более правильных ответов – «отлично»,

80-89 % правильных ответов – «хорошо»,

71-79 % правильных ответов – «удовлетворительно»,

70 % и менее правильных ответов – «неудовлетворительно».

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

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

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией.

### **6.2. Критерии оценки практических навыков и умений**

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

**«зачтено»** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

**«не зачтено»** – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

### **6.3. Критерии оценки итогового собеседования**

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично»,

«хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

**«отлично»** - выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

**«хорошо»** - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

**«удовлетворительно»** - выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

**«неудовлетворительно»** - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

## **7. Примерные оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации**

### **7.1. Примерные тестовые задания**

1			Клеточный атипизм – это
---	--	--	-------------------------



			появление клеток, принадлежащих к определенным тканям в нехарактерных для них местах
			быстрое размножение клеток
	*		появление структурных изменений в клетках, их отличие от обычных клеток
			конкретных тканей
			врастание опухолевых клеток в соседние с опухолью ткани
2			Спадение легкого при его сдавливании называется
			ателектаз
	*		коллапс
			пневмония
			гидроторакс
3			Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени:
			BRCA 1
			BRCA 2
	*		p 53
			СНЕК 2
4			Определение показателя общей заболеваемости населения (распространенности)
	*		совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
			совокупность заболеваний в предшествующие годы
			совокупность заболеваний в течение всей жизни
			совокупность заболеваний в определенный промежуток времени
5			Направление на освидетельствование в МСЭ готовит:
	*		медицинская организация (поликлиника, стационар)
			профильный диспансер
			органы образования
6			Наиболее высока заболеваемость туберкулезом
	*		среди лиц без определенного места жительства
			служащих
	*		мигрантов, в т.ч. беженцев
			врачей
7			Каковы принципы действия профилактических прививок:
	*		Создание или повышение специфического иммунитета
			Специфическая десенсибилизация
			Повышение общей резистентности организма
8			Чрезвычайные ситуации - это:

	*		внезапные нарушения обычных параметров окружающей среды
			неблагоприятное влияние внешних факторов на здоровье населения
9			Выберите наиболее точное определение понятия «ответственность»
			Определенный уровень негативных последствий для человека в случае нарушения им установленных требований
	*		Сознательная интеллектуальная и физическая готовность человека к реализации или воздержанию от действий, которые могут потребоваться вследствие выполнения или, наоборот, невыполнения им некоторых других действий
			Осознанное принятие решений человеком
10			Болезнь Нимана-Пика относится к болезням обмена
	*		липидов
			углеводов
			аминокислот
11			Синдром Криглера-Найяра относится к
	*		наследственным пигментным гепатозам
			болезням обмена липидов
			болезням обмена углеводов
			болезням обмена аминокислот
12			В основе синдрома Криглера-Найяра лежит
	*		полное отсутствие глюкоронилтрансферазы
			резус конфликтом
			дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
			конфликтом по группе крови
13			В основе синдрома Жильбера лежит
	*		дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
			полное отсутствие глюкоронилтрансферазы
			резус конфликтом
			конфликтом по группе крови
14			Мукополисахаридозы относятся к болезням
	*		накопления (гликозаминогликанов)
			наследственным пигментным гепатозам
			болезням обмена липидов
			болезням обмена углеводов
			болезням обмена аминокислот
15			В развитии острой дыхательной недостаточности можно выделить стадии
	*		острая гипоксия, глубокая гипоксия, гипоксемическая кома
			начальная, глубокой гипоксии, гипоксемическая кома
			начальная, гипоксемическая кома, выздоровление

16			Изменения в КОС крови при ДН 1 степени
	*		изменений нет
			метаболический или дыхательный ацидоз
			декомпенсированный смешанный ацидоз
17			При пневмонии острая дыхательная недостаточность является
	*		смешанной
			обструктивной
			рестриктивной
			интерстициальной
			дисметаболической
18			При экссудативном плеврите острая дыхательная недостаточность является
	*		рестриктивной
			обструктивной
			интерстициальной
			смешанной
			дисметаболической
19			При бронхолите острая дыхательная недостаточность является
	*		обструктивной
			рестриктивной
			интерстициальной
			смешанной
			дисметаболической
20			Изменения в КОС крови при дыхательной недостаточности 2 степени
	*		метаболический или дыхательный ацидоз
			метаболический алкалоз
			декомпенсированный смешанный ацидоз
21			Какой вид одышки отмечается при стенозирующем ларингите
	*		инспираторный
			экспираторный
			смешанная
22			Какой вид одышки отмечается при обструктивном бронхите
	*		экспираторный
			инспираторный
			смешанная
23			Какой вид одышки отмечается при пневмонии
	*		смешанная
			инспираторный

			экспираторный
24			Запор у детей старше 3-х лет - это частота дефекаций
	*		реже 3 раз в неделю
			4 раза в неделю
			реже 5 раз в неделю
			реже 1 раза в день
25			В основе патогенеза неспецифического язвенного колита лежит
	*		аутоагрессия
			аллергические реакции замедленного типа
			токсическое повреждение слизистой толстого кишечника
26			При токсокарозе типичные клинические изменения
	*		снижение остроты зрения, периорбитальный отек, страбизм
			мышцы плотные, болезненные, боли при движении в суставах
			зуд в области заднего прохода
27			Основные клинические симптомы энтеробиоза
	*		зуд в заднем проходе, промежности, половых органах
			боль в суставах
			снижение зрения
28			Клиническая картина аскаридоза включает в себя две фазы
	*		миграционную и кишечную
			миграционную и воспалительную
			воспалительную и некротическую
29			При лечении энтеробиоза у детей младшего возраста дозировка вермокса составляет
	*		2.5-3.0 мг\кг
			25-30 мг\кг
			0.25- 0.3 мг\кг
30			Метод Грэхема - это
	*		наложение утром до туалета прозрачной липкой ленты на область заднего прохода и просмотр ее под микроскопом
			наложение вечером до туалета прозрачной липкой ленты на область заднего прохода и просмотр ее под микроскопом

## 7.2. Примерный перечень практических навыков

1. Оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических,

серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);

2. Оценки результатов функционального обследования органов дыхания, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;

3. Расчета питания по основным ингредиентам у здоровых детей и при хронических расстройствах питания;

4. Назначения лечебных мероприятия при заболеваниях, патологических состояниях, в соответствии со стандартом медицинской помощи при данной патологии;

5. Проведение базовой и продлённой сердечно-легочной реанимации;

6. Интубация трахеи с применением ларингоскопа;

7. Применение небулайзера и ДАИ;

8. Применение глюкометра и оценка данных глюкотеста;

9. Применение и оценка данных пикфлоуметра;

10. Пункция и катетеризацию периферических и магистральных вен;

11. В/костные инъекции лекарственных препаратов и инфузионных растворов;

12. Дефебриляция с помощью автоматических и штатных ручных дефебриляторов;

13. Использование ларингеальной маски и трубки;

14. Использование роторасширителя, языкодержателя, воздуховода;

15. Использование коникотома;

16. Пункция крикотиреоидной связки;

17. Расшифровка данных ЭКГ;

18. Укладка пациента при транспортировке, в зависимости от характера острогоспитального заболевания или травмы;

19. Промывание, декомпрессия и дренирование желудка;

20. Введение уретрального катетера;

21. Пункция плевральной полости;

22. Расчёт доз лекарственных препаратов, используемых при оказании неотложной медицинской помощи;

23. Расчёт скорости введения инфузионных растворов и инотропных препаратов;

24. Догоспитальная седация и фармакотерапия острой боли;

### **7.3. Примерный перечень теоретических вопросов и/или примеры ситуационных задач для итогового собеседования**

#### *Перечень теоретических вопросов*

1. Становление биоценоза в неонатальном периоде. Дисбактериоз. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.

2. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.

3. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и

новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.

4. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных.

5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.

6. Менингиты у новорожденных детей.

7. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.

8. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных.

9. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.

10. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.

11. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.

12. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.

13. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатико-гипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клиника. Лечение, профилактика.

14. Диететика. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.

15. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.

16. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.

17. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

18. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.

19. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.

20. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.

21. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

22. Респираторные аллергозы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний.

23. Атопические заболевания у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.

24. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Аденогенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
25. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение, профилактика.
26. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.
27. Пилороспазм, пилоростеноз у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.
29. Гломерулонефрит у детей раннего возраста. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
30. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
31. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
32. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста.
33. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
34. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.
35. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз.
36. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
37. Артериальные гипотензии у детей и подростков. Клинические проявления. Лечение.
38. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
39. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
40. Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
41. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация.
42. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

Диспансеризация. Реабилитация.

43. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

44. Опухоли сердца у детей. Аномалии коронарных артерий. Инфаркт миокарда у детей и подростков. Клиника, диагностика.

45. Первичная и вторичная легочная гипертензия у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Амилоидоз. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

46. Сердечная недостаточность у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Механизмы компенсации. Лечение. Профилактика.

47. Острая сосудистая недостаточность (обморок, шок, коллапс) у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика

48. Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Бронхиолит. Хронический бронхит. Клиника, диагностика.

49. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.

50. Острые и хронические пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Особенности течения пневмонии в зависимости от формы, этиологии, тяжести и осложнений. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.

51. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции

52. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

53. Муковисцидоз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

54. Идиопатический легочный гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

55. Синдром Картагенера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

56. Синдром Гудпасчера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

57. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

58. Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.

59. Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные



признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

60. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Почечные дисплазии у детей.

61. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.

62. Гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика отдельных форм гломерулонефрита и с другими заболеваниями почек. Особенности течения у подростков. Принципы современного лечения. Показания и противопоказания к применению иммунодепрессивной терапии кортикостероидов, цитостатиков. Профилактика.

63. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение. Амилоидоз почек. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

64. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Показания к рентгенологическому обследованию. Лечение. Профилактика.

65. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения.

66. Наследственный нефрит. Интерстициальный нефрит. Патогенетические механизмы формирования нефритов. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

67. Острая и хроническая почечная недостаточность у детей и подростков. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Неотложная помощь. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек.

68. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочно-кишечного тракта.

69. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.

70. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

71. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

72. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.

73. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией

74. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний,

сопровождающихся синдромом желтухи.

75. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.

76. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.

77. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.

78. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.

79. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз.

Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

80. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитомы, медуллобластома). Диагностика. Принципы лечения.

81. Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.

82. Остеосаркома, рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.

*Примеры ситуационных задач:*

### **Задача 1**

На приеме мальчик 11 лет с жалобами на боли в животе. Вес 28 кг, рост 135 см. Ребенок от 1-й патологически протекавшей беременности I-х срочных быстрых родов со стимуляцией, родившийся с длиной тела 51 см., весом 3500 г. К груди приложен сразу, сосал неохотно. На смешанном (грудное + молочная адаптированная смесь) вскармливании находился в течение первых 3 мес жизни, в 3 мес отказался от груди, переведен на соевые смеси, отмечалась колики, боли в животе до 6 мес, стул без особенностей. В весе прибавлял плохо. В год вес 7900, в 2 года 11200 г. В 3 года перенес КИНЭ (терапия: фуразолидон, ферменты). С 4 лет появились жалобы на периодические боли в животе, чаще после приема пищи. Явления атопического дерматита с рождения (гиперемия и сухость кожи щек), в 5 лет отек Квинке, с 6 лет – поллиноз.

Анализ сыворотки крови на содержание IgG4 антител к пищевым аллергенам. Молоко коровье, мандарин ++++; Молоко козье +++,  
Телятина, форель ++; Карп,

брынза +

Исследование биоптата слизистой тонкой кишки

общий белок 0,4 мг/мл, мальтаза 252,9 нмоль/ (мгбел/мин), лактаза 3,3 нмоль/ (мгбел/мин), сахараза 35,8 нмоль/ (мгбел/мин), щелочная фосфатаза 88,4 нмоль/ (мгбел/мин).

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные признаки позволяют установить диагноз.
3. Медикаментозная терапия.
4. Диетотерапия.
5. Профилактика.

### **Задача 2**

Девочка от 2 беременности с токсикозом и анемией в конце беременности. Роды

быстрые, ребенок родился с обвитием пуповиной вокруг шеи. Наблюдалась неврологом в течение 6 месяцев по поводу перинатального поражения ЦНС, гипертензионного синдрома. На 1 году жизни болела 3 раза ОРВИ, на 2 году – 5 раз. В ясли ходит с 1г. 1мес., была тяжелая адаптация. На 2-м году жизни получила 3 прививки АКДС, одну противокоревую, 4 против полиомиелита; реакция Манту была отрицательной. В 2 года масса тела 12кг 600г, длина тела 86 см, окружность груди 50,5 см. Сон и аппетит не нарушены. Девочка эмоциональна, отзывчива на ласку. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, слизистые чистые. Лимфоузлы в 4-х группах единичные, не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Со стороны нервно-психического развития: понимает рассказ со слов, пользуется двухсложными предложениями, разбирается в 3-4 контрастных цветах, игра носит сюжетный характер, перешагивает через препятствия чередующимся шагом, снимает отдельные предметы одежды, но не умеет их одевать.

#### ВОПРОСЫ:

1. Оцените критерии состояния здоровья.
2. Определите группу здоровья.
3. Сделайте назначения.

#### *Пример формирования билета для итогового собеседования*

##### **Билет 1**

1. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
2. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
3. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.
4. Ситуационная задача: Девочка от 2 беременности с токсикозом и анемией в конце беременности. Роды быстрые, ребенок родился с обвитием пуповиной вокруг шеи. Наблюдалась неврологом в течение 6 месяцев по поводу перинатального поражения ЦНС, гипертензионного синдрома. На 1 году жизни болела 3 раза ОРВИ, на 2 году – 5 раз. В ясли ходит с 1г. 1мес., была тяжелая адаптация. На 2-м году жизни получила 3 прививки АКДС, одну противокоревую, 4 против полиомиелита; реакция Манту была отрицательной. В 2 года масса тела 12кг 600г, длина тела 86 см, окружность груди 50,5 см. Сон и аппетит не нарушены. Девочка эмоциональна, отзывчива на ласку. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, слизистые чистые. Лимфоузлы в 4-х группах единичные, не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Со стороны нервно-психического развития: понимает рассказ со слов, пользуется двухсложными предложениями,

разбирается в 3-4 контрастных цветах, игра носит сюжетный характер, перешагивает через препятствия чередующимся шагом, снимает отдельные предметы одежды, но не умеет их одевать.

**ВОПРОСЫ:**

1. Оцените критерии состояния здоровья.
2. Определите группу здоровья.
3. Сделайте назначения.

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей

**Фонд оценочных средств  
для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –  
программам ординатуры по специальности  
31.08.19 Педиатрия

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на  
государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Тестовые задания. Вариант 1	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Тестовые задания. Вариант 2	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Тестовые задания. Вариант 3	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 1	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 2	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 3	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 4	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 5	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 6	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 7	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 8	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 9	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 10	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:**

**Тест вариант 1**

**1. СКОЛЬКО РАЗ НУЖНО ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

- А) 1 Б) 12
- В) 3
- Г) 6

**2. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ**

- А) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
- Б) на 10 день жизни
- В) в возрасте одного месяца
- Г) в возрасте 2 месяцев

**3. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ**

- А) 3, 4, 5
- Б) 1, 3, 4
- В) 2, 3, 5
- Г) 2, 3, 4

**4. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВОДИТ**

- А) УЗИ брюшной полости
- Б) эзофагоскопию
- В) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
- Г) УЗИ пищевода

**5. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В**

- А) луковице двенадцатиперстной кишки
- Б) теле желудка
- В) антральном отделе желудка
- Г) в области дна желудка

**6 К ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ**

- А) гемолитико-уремический синдром
- Б) агенезию или гипоплазию почек
- В) хронический и подострый гломерулонефрит
- Г) капилляротоксический и волчаночный нефрит

**7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кишечная палочка
- Б) клебсиелла
- В) протей
- Г) синегнойная палочка

**8. К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Гепарин
- Б) Дипиридамол
- В) Пентоксифиллин
- Г) Фениндион

**9. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ**

- А) 1 раз в месяц
- Б) 1 раз в неделю

В) 1 раз в 3 месяцаГ) ежедневно

**10. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ**

А) на границе средней и нижней трети грудиныБ) с обеих сторон грудной клетки

В) в пятом межреберном промежутке слеваГ) на верхней части грудины

**11. ИСТИННЫЙ КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

А) дифтерии

Б) РС-инфекции

В) микоплазменной инфекцииГ) риновирусной инфекции

**12. ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

А) гриппе

Б) аденовирусной инфекцииВ) риновирусной инфекции Г) парагриппе

**13. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ**

А) лимфопенияБ) лейкопения

В) тромбоцитопенияГ) лейкоцитоз

**14. ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ**

А) пятнисто-папулезная, характерна этапность высыпания

Б) мелкоточечная, на сгибательных поверхностях конечностей

В) мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностейГ)

полиморфная, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»

**15. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ**

А) гепатомегалия

Б) «поджаренный» языкВ) мелкоточечная сыпь Г) спленомегалия

**16. КРАСНУХОЙ НАЗЫВАЮТ ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕА)**

протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов

Б) протекающее с поражением ЦНС, сыпью

В) протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве

Г) характеризующееся симптомами интоксикации и диареей **КАТАРАЛЬНЫЙ 27 27**

**17. СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

А) частым навязчивым коклюшеподобным кашлемБ) обильными слизистыми выделениями из носа

В) яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунахГ) упорным, грубым, сухим кашлем

**18. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КЛИНИКЕ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ**

А экзантема

Б) токсический

В) гастроинтестинальныйГ) скарлатиноподобный

**19. ДИАГНОЗ «ГРИПП» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯА) посевом кала на обычные питательные среды Б) посевом крови на желчный бульон**

В) методом ПЦР (слизь из носовых ходов)



- Г) выделением вируса из кала
- 20. СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПРИ ОРВИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА КОКЛЮША**  
А) наличием реприз  
Б) отсутствием втяжения при вдохе уступчивых мест грудной клетки  
В) наличием удлиненного затрудненного выдоха  
Г) отсутствием реприз
- 21. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**  
А) полиартрит  
Б) отит  
В) панкреатит  
Г) аппендицит
- 22. ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ**  
А) почек  
Б) легких  
В) слюнных желез  
Г) селезенки
- 23. У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ**  
А) 0, нет потерь жидкости  
Б) II, потеря жидкости 4-6% от массы тела  
В) III, потеря жидкости 7-10% от массы тела  
Г) I, потеря жидкости 1-3% от массы тела
- 24. ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ**  
А) сухари из белого хлеба  
Б) молочно-кислые продукты (кефир, творог)  
В) каши на цельном молоке  
Г) каши на воде
- 25. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**  
А) антибиотики (Цефотаксим)  
Б) противовирусные (Озельтамивир)  
В) Ацетилсалициловая кислота  
Г) сульфаниламидные препараты
- 26. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ**  
А) введение иммуноглобулина контактным  
Б) изоляция контактных на 25 дней от момента контакта  
В) трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции  
Г) иммунизация детей АКДС-вакциной
- 27. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ**  
А) плазмой или сывороткой крови больного и кровью донора  
Б) плазмой донора и кровью больного  
В) форменными элементами крови больного и кровью донора  
Г) форменными элементами крови донора и кровью больного
- 28. НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ**  
А) ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп  
Б) шеи  
В) половых органах  
Г) волосистой поверхности головы
- 29. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**  
А) Лидокаина  
Б) Неостигмина метилсульфата

В) Кальция глюконата Г) Метамизол натрия

**30. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ**

А) острого стенозирующего ларинготрахеита Б) острого тонзиллита

В) острого бронхита

Г) приступа бронхиальной астмы

**31. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА)**

А) 0,05

Б) 0,01

В) 0,1

Г) 0,2

**32. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

А) Метамизол натрия

Б) Неостигмина метилсульфата В) Лидокаина

Г) Кальция глюконата

**33. ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ**

А) лежа на спине с приподнятым головным концом Б) лежа на спине с приподнятым ножным концом В) сидя

Г) на животе

**34. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) возраст 3 года

Б) наличие осложнений пневмонии

В) протекание заболевания у пятилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза Г) состояние средней тяжести на 2 день болезни

**35. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ А)**

бронхоскопия

Б) рентгенограмма грудной клетки В) биохимический анализ крови Г) общий анализ крови

**36. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ И БОЛЕЕ**

А) 4

Б) 3 В) 6 Г) 1

**37. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ**

А) лихорадку Б) кардит

В) лейкоцитоз

Г) ускорение СОЭ

**38. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) отравление

Б) инфекционное заболевание В) опухоль головного мозга

Г) травма головы

**39. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?**

А) ЭКГ, рентгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови Б) ЭКГ, рентгенография, КТ

В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

**40. ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

А) Метамизола натрия Б) Нимесулида

В) Ацетилсалициловой кислоты Г) Парацетамол

**41. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)**

А) 3

Б) 12

В) 6

Г) 1

**42. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ (МЕ)**

А) 700-800

Б) 100-200

В) 400-500

Г) 900-1000

**43. К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ**

А) активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы Б) ювенильное увеличение щитовидной железы

В) увеличение тимуса

Г) уменьшение объема яичек у мальчиков

**44. ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ**

А) ) Ацикловиром Б) живой вакциной В) убитой вакциной

Г) полисахаридной вакциной

**45. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ**

А) анафилактический шок Б) гипертермию

В) крупозную пневмонию Г) фебрильные судороги

**46. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) противогриппозный Иммуноглобулин

Б) ежедневная уборка помещений, проветривание, облучение В) вакцинация

Г) Интерферон, у детей старшего возраста – Ремантадин

**47. В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**

А) функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина в мембране эритроцитов

Б) генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина

В) нарушение внутриклеточной системы ферментов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву

Г) образование гаптенных комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита

**48. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) инспираторная одышка

Б) упорный навязчивый кашель В) врожденный стридор

Г) экспираторная одышка

**49. У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЭРИТРОЦИТЫ -  $2,3 \times 10^{12}/л$ ,**

**ГЕМОГЛОБИН - 55 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 0,88, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ**

А) II степени, нормохромной Б) II степени, гипохромной В) III степени, гипохромной

Г) III степени, нормохромной

**50. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРИЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)**

А) 2

Б) 5

В) 12

Г) 15

**51. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

А) времени свертываемости Б) времени кровотечения

В) плазминогена

Г) количества D-димеров

**52. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ**

А) гипертрофия межжелудочковой перегородки Б) гипертрофия левого желудочка

В) гипертрофия правого желудочка Г) увеличение полостей желудочков

**53. РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

А) системной склеродермии

Б) острой ревматической лихорадки В) системной красной волчанки

Г) ювенильного идиопатического артрита

**54. СЫПЬ ПРИ ГЕМОМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ**

А) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях Б) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище

В) полиморфная, появляется одновременно на всем теле Г) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище

**55. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ**

А) локальные сухие

Б) локальные мелкопузырчатые влажные В) рассеянные мелкопузырчатые

Г) рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые

**56. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЕНКА НЕ РАНЕЕ (МЕС.)**

А) 9

Б) 7

В) 8

Г) 6

- 57. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ**  
А) папулой размером менее 5 мм  
Б) отсутствием реакции или уколочной реакцией (папула 1 мм) В) гиперемией любого размера  
Г) гиперемией размером менее 5 мм
- 58. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ МОЖНО СТАВИТЬ** А) сразу после прочтения пробы при ее отрицательном результате  
Б) после прочтения пробы независимо от ее результата В) спустя 14 дней после постановки пробы  
Г) сразу после прочтения пробы при ее положительном результате
- 59. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВЫЯВЛЕНА УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТУБЕРКУЛИНУ НА (ММ)**  
А) ) 5 и более Б) 5 и менее В) 6 и более Г) 6 и менее
- 60. САМОЙ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**  
А) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов Б) первичный туберкулезный комплекс  
В) плеврит туберкулезной этиологии  
Г) туберкулезная интоксикация детей и подростков
- 61. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ**  
А) в течение пяти лет  
Б) в течение одного года  
В) до перевода во взрослую сеть здравоохранения Г) в течение трёх лет
- 62. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ**  
А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники Б) в течение 5 лет  
В) в течение 3 лет Г) в течение 1 года
- 63. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ**  
А) ) 6 раз в год Б) 1 раз в месяц В) 4 раза в год Г) 2 раза в год
- 64. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**  
А) Лидокаина  
Б) Неостигмина метилсульфата В) Кальция глюконата  
Г) Метамизол натрия
- 65. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ**  
А) острого тонзиллита

Б) острого стенозирующего ларинготрахеита В) острого бронхита

Г) приступа бронхиальной астмы

**66. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА)**

А) 0,20

Б) 0,05

В) 0,1

Г) 0,01

**67. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) рвота и диарейный синдром Б) кратковременная лихорадка В) гепатоспеномегалия

Г) сыпь и головная боль

**68. ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ**

А) лежа на спине с приподнятым головным концом Б) лежа на спине с приподнятым ножным концом В) сидя

Г) на животе

**69. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) возраст 3 года

Б) наличие осложнений пневмонии

В) протекание заболевания у пятилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза Г) состояние средней тяжести на 2 день болезни

**70. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ**

А) Лидокаин

Б) сердечные гликозиды В) Амиодарон

Г) β-адреноблокаторы

**71. ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ**

А) сужение зрачков

Б) пульс на крупных артериях

В) пульс на периферических сосудах Г) улучшение цвета кожи и слизистых

**72. КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

А) искусственной вентиляции лёгких

Б) введения 4% раствора бикарбоната натрия В) инфузии Трометамола

Г) инфузии 25% раствора глюкозы

**73. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) ларингит

Б) бронхиальная обструкция В) фарингит

Г) трахеит

**74. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ**

А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF) Б) жизненная ёмкость лёгких

В) остаточный объём лёгких Г) общая ёмкость выдоха

**75. ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ДИФТЕРИЯ»?**

- А) нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше
- Б) выделение из материала нетоксического штамма коринобактерий
- В) выделение из материала гемолитического стрептококка
- Г) нарастание титров противовирусных антител

**76. ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни стенотического дыхания
- Б) острое начало с высокой температуры и катаральными явлениями
- В) острое начало с грубого «лающего» кашля и хриплого голоса
- Г) быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля

**77. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Лактофильтрум
- Б) Энтеродез
- В) Смекта
- Г) Регидрон БИО

**78. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ**

- А) нейтрофилез + лимфопения
- Б) лимфопения + атипичные мононуклеары
- В) атипичные мононуклеары + лимфоцитоз
- Г) нейтрофилез + атипичные мононуклеары

**79. В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ**

- А) геморрагической
- Б) скарлатиноподобной
- В) кореподобной
- Г) розеолезной

**80. ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ**

- А) наличии признаков гиповолемического шока
- Б) дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%
- В) наличии синдрома первичного нейротоксикоза
- Г) эпизодической рвот

**81. Чрезвычайное событие техногенного характера, заключающееся в повреждении, выходе из строя, разрушении технических устройств или сооружений – это ...**

- А) авария
- Б) катастрофа
- В) опасное природное явление
- Г) стихийное бедствие

**82. Стихийное бедствие, крупная производственная или транспортная авария, которые привели к массовой гибели живых существ и значительному экономическому ущербу – это ...**

- А) авария
- Б) катастрофа
- В) опасное природное явление
- Г) стихийное бедствие

**83. В развитии чрезвычайных ситуаций выделяют ... стадии (фазы)**

- А) две

Б), три

**В). четыре**

**84. Система временных мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации очага и последующую их ликвидацию – это ...**

**А). карантин**

Б). обсервация

В). режимно-ограничительные мероприятия

**85. В районах с неблагополучным или чрезвычайным санитарно-эпидемическим состоянием, т.е. при появлении групповых**

**неконтагиозных заболеваний или единичных случаев контагиозных инфекций вводят ...**

А. карантин

**Б. обсервацию**

В. режимно-ограничительные мероприятия

**86. Острая лучевая болезнь развивается в результате:**

А). Неравномерного гамма — облучения в дозе 0,5 Гр. Б). Локального гамма — облучения в дозе 5 Гр.

В). Равномерного нейтронного облучения в дозе 0,75 Гр.

Г). Равномерного тотального облучения в дозе не менее 1 Гр.

**87. Средством из индивидуальной аптечки (АИ), купирующим первичную реакцию на облучение является:**

А). Церукал

Б). Янтарная кислота В). Этаперазин

Г). Диметкарб

**88. Первоочередной задачей химической разведки является:**

А). Установление типа ОВ

Б). Наблюдение за перемещением облака ОВ

В). Выявление самого фактора химического заражения и оповещение об этом

Г). Отыскивание наиболее целесообразных путей преодоления зараженной территории

**89. Зорин, зоман и V-газы относятся к:**

А). ОВ смертельного действия

Б). ОВ, вызывающие временную утрату трудоспособности В). ОВ практически безвредные

Г). ОВ практически нетоксичные

**90. Общевойсковой фильтрующий противогаз не предназначен для защиты органов дыхания от:**

А). Окиси углерода

Б). . Отравляющих веществ В). Радиоактивных веществ Г). Биологических средств

**91. Общественное здоровье и здравоохранение -это:**

А) гигиеническая наука Б). клиническая наука

В). общегуманитарная наука Г). общественная наука

**92. При проведении медико-социальных исследований применяются**



**следующие методы:**

- А). статистический
- Б). экспериментальный В). экономический
- Г). все вышеперечисленные.

**93. Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:**

- А). статистический анализ состояния здоровья населения
- Б). изучение общественного мнения
- В). решение кадровых вопросов
- Г). системный управленческий подход

**94. Система здравоохранения в России является:**

- А). государственной Б). смешанной В). страховой
- Г). частной

**95. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:** А). однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

Б). многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды

В). многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

Г). оценка показателей естественного движения населения

**96. Педагогика-это наука о**

А) воспитании человека в современном обществе Б) способах научного познания

В) психологических особенностях личности

Г) физиологических закономерностях развития личности

**97. Методы педагогического исследования - это**

А) способы формирования личностных качеств Б) способы усвоения новых знаний

В) способы решения проблемных задач

Г) способы познания объективной реальности Д) способы закрепления изученного материала

**98. Необходимость передачи социального опыта возникла**

А) одновременно с появлением общества

Б) с появлением технических средств обучения В) в ходе разработки содержания образования

Г) с развитием педагогики как науки

**99. Главной движущей силой воспитания являются**

А) противоречие индивидуального и морального сознания Б) противоречие общественного развития

В) противоречие между умственным и физическим трудом

Г) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями

Д) расхождение ценностных ориентаций

**100** Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе – это...

А) дидактика

Б) педагогическая система В) педагогический процесс Г) обучение

## Тест вариант 2

**1. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) УЗИ брюшной полости

Б) копрологическое исследование

В) определение антител к тканевой транслгутаминазе в сыворотке крови Г) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки

**2. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) остаточное пятно бария Б) конвергенция складок В) отечность складок

Г) раздраженная луковица

**3. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

А) повышением уровня трансаминаз Б) непрямой гипербилирубинемией В) прямой гипербилирубинемией

Г) ретикулоцитозом

**4. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

А) внутрисосудистым свертыванием крови Б) лейкоцитозом

В) полиурией

Г) гипернатриемией

**5. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

А) тубулоинтерстициального нефрита

Б) гематурической формы гломерулонефрита В) хронического пиелонефрита

Г) нефротической формы гломерулонефрита

**6. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) подозрение на наличие аномалий развития почек Б) нарушение функционального состояния почек

В) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса по данным УЗИ Г) учащенное болезненное мочеиспускание

**7. К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ**

А) Омепразол Б) Пирензипин В) Ранитидин Г) Фамотидин

**8. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА**

- А) 1 месяц Б) 7-14 дней В) 3 месяца  
Г) весь период терапии

**9. В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН**

- А) Азитромицин  
Б) Гентамицин В) Нитроксолин Г) Фосфомицин

**10. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ**

- А) 1 раз в неделю Б) 1 раз в месяц  
В) 1 раз в 3 месяца Г) ежедневно

**11. ЕДИНСТВЕННЫМ МАРКЕРОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ЗДОРОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) анти-HAVIg M  
Б) анти-HBcor-суммарный В) анти-HAVIg G  
Г) HBS-Ag

**12. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ**

- А) шигеллезах  
Б) энтеровирусной инфекции В) норовирусной инфекции Г) ротавирусной инфекции

**13 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ?**

- А) нормальный ликвор  
Б) нейтрофильный плеоцитоз В) лимфоцитарный плеоцитоз Г) появление эритроцитов

**14. [T000340] ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ БУДЕТ**

- А) геморрагическая «звездчатая» Б) везикулезная  
В) пустулезная  
Г) пятнисто-папулезная

**15. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- А) смешанный плеоцитоз  
Б) лимфоцитарный плеоцитоз  
В) повышенное содержание эритроцитов Г) нейтрофильный плеоцитоз

**16. ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ДИФТЕРИЯ»?**

- А) нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше Б) выделение из материала нетоксического штамма коринобактерий В) выделение из материала гемолитического стрептококка  
Г) нарастание титров противовирусных антител

**17. ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни стенотического дыхания

Б) острое начало с высокой температуры и катаральными явлениями В) острое начало с грубого «лающего» кашля и хриплого голоса

Г) быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля

**18. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) рвота и диарейный синдром Б) кратковременная лихорадка В) гепатоспеномегалия

Г) сыпь и головная боль

**19. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ**

А) нейтрофилез + лимфопения

Б) лимфопения + атипичные мононуклеары В) атипичные мононуклеары + лимфоцитоз Г) нейтрофилез + атипичные мононуклеары

**20. В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ**

А) геморрагической

Б) скарлатиноподобной В) кореподобной

Г) розеолезной

**21. ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ**

А) наличии признаков гиповолемического шока

Б) дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5% В) наличии синдрома первичного нейротоксикоза

Г) эпизодической рвот

**22. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ**

А) ) Ампициллин

Б) гепатопротекторы

В) рекомбинантные интерфероны Г) Ацикловир

**23. ПРИ ОТСУТСТВИИ УСЛОВИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ С ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИМЕНЯЕТСЯ**

А) Цефазолин Б) Левомецетин

В) Бензилпенициллин Г) Ципрофлоксацин

**24. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ**

А) Лактофильтрум Б) Энтеродез

В) Смекта Г) Регидрон

**25. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ**

А) Имодиум Б) Смекту

В) Диакارب Г) Фуросемид

**26. ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ**

А) энтеросорбенты + обильное питье Б) Ампициллин внутримышечно

- В) витамины
- Г) парентеральное введение солевых растворов

**27. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) целиакия
- Б) фенилкетонурия
- В) галактоземия
- Г) первичная лактазная недостаточность

**28. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ МАССЫ ТЕЛА**

- А) 1/4
- Б) 1/7
- В) 1/5
- Г) 1/6

**29. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСИ**

- А) ) кисломолочные
- Б) адаптированные молочные
- В) безлактозные
- Г на основе полного гидролиза белка

**30. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ**

- А) гречневой
- Б) рисовой
- В) овсяной
- Г) кукурузной

**31. РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С (МЕС.)**

- А) 12
- Б) 10-11
- В) 5-6
- Г) 8-9

**32. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ (МЕС.)**

- А) 7
- Б) 6
- В) 8
- Г) 9

**33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ**

- А) отсутствием реакции или уколочной реакцией (папула 1 мм)
- Б) папулой размером менее 5 мм
- В) гиперемией любого размера
- Г) гиперемией размером менее 5 мм

**34. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ МОЖНО СТАВИТЬ**

- А) сразу после прочтения пробы при ее отрицательном результате
- Б) после прочтения пробы независимо от ее результата
- В) спустя 14 дней после постановки пробы
- Г) сразу после прочтения пробы при ее положительном результате

**35. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВЫЯВЛЕНА УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТУБЕРКУЛИНУ НА (ММ)**

- А) ) 6 и менее
- Б) 5 и менее
- В) 5 и более

Г и более

**36. САМОЙ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) плеврит туберкулезной этиологии Б) первичный туберкулезный комплекс  
В) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов Г) туберкулезная интоксикация детей и подростков

**37. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ**

- А) в течение одного года Б) в течение трёх лет  
В) до перевода во взрослую сеть здравоохранения Г) в течение пяти лет

**38. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ**

- А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники Б) в течение 5 лет  
В) в течение 3 лет Г) в течение 1 года

**39. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ**

- А) ) 2 раза в год Б) 1 раз в месяц В) 6 раз в год  
Г) 1 раз в год

**40. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) недостаточный объем крови  
Б) неадекватное распределение внутрисосудистого объема В) снижение сократимости сердца  
Г) препятствие кровотоку

**41. К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ ОТНОСЯТ**

- А) потерю сознания  
Б) гемолиз эритроцитов В) нарушение дыхания  
Г) тахикардию, артериальную гипертензию

**42. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ) фарингит Б) ларингит  
В) бронхиальная обструкция Г) трахеит

**43. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ**

- А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF) Б) жизненная емкость лёгких  
В) остаточный объем лёгких Г) общая емкость выдоха

**44. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ**

- А) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном Б) через 6-8 часов после воздействия аллергена  
В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном  
Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном

**45. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Лидокаин  
Б) сердечные гликозиды

В) Амидарон

Г) β-адреноблокаторы

**46. ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ**

А) сужение зрачков

Б) пульс на крупных артериях

В) пульс на периферических сосудах Г) улучшение цвета кожи и слизистых

**47. КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

А) искусственной вентиляции лёгких

Б) введения 4% раствора бикарбоната натрия В) инфузии Трометамола

Г) инфузии 25% раствора глюкозы

**48. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ**

А) введение Преднизолона

Б) восстановление объёма циркулирующей крови В) введение Эпинефрина

Г) введение антигистаминных препаратов

**49. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ**

А)

Б) пробиотики антигистаминные препараты 2 поколения В) пребиотики

Г) кромоны

**50. К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ**

А) анемию, желтуху, тромбоцитопению Б) анемию, желтуху, спленомегалию

В) анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию

Г) желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга

**51. [Т006340] ПРИОБРЕТЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ**

А) нормохромной, нормоцитарной, гиперрегенераторной Б) гипохромной, микроцитарной,

гиперрегенераторной В) нормохромной, нормоцитарной, гипорегенераторной Г)

гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

**52. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА?**

А) локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит Б)

лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка

В) генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит Г) длительная

лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит

**53. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ**

А) гемограмма Б) миелограмма

В) иммунограмма Г) коагулограмма

**54. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ**

А) пиелонефрит

Б) синдром вегетативной дистонии В) порок развития сосудов почки Г) наследственный нефрит

- 55. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**  
 А) стенозе легочной артерии  
 Б) дефекте межпредсердной перегородки В) дефекте межжелудочковой перегородки Г) коарктации аорты
- 56. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ**  
 А) ) энтерококк Б) стафилококк В) стрептококк Г) пневмококк
- 57. ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ХРИПЫ**  
 А) локальные мелкопузырчатые или крепитирующие Б) локальные сухие свистящие  
 В) рассеянные мелкопузырчатые влажные Г) рассеянные сухие свистящие
- 58. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ**  
 А) притупление перкуторного звука  
 Б) навязчивый коклюшеподобный кашель В) локальные мелкопузырчатые хрипы  
 Г) асимметрию хрипов
- 59. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ**  
 А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники Б) в течение 5 лет  
 В) в течение 3 лет Г) в течение 1 года
- 60. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ**  
 А) 1 раз в месяц Б) 4 раза в год В) 6 раз в год Г) 2 раза в год
- 61. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ**  
 А) УЗИ брюшной полости Б) эзофагоскопию  
 В) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием Г) УЗИ пищевода
- 62. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В**  
 А) луковице двенадцатиперстной кишки Б) теле желудка  
 В) антральном отделе желудка Г) в области дна желудка
- 63. К ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ** А) гемолитико-уремический синдром  
 Б) агенезию или гипоплазию почек  
 В) хронический и подострый гломерулонефрит Г) капилляротоксический и волчаночный нефрит
- 64. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**



- А) кишечная палочка Б) клебсиелла  
 В) протей  
 Г) синегнойная палочка
- 65. К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ**  
 А) Гепарин  
 Б) Дипиридамол  
 В) Пентоксифиллин Г) Фениндион
- 66. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**  
 А) полиартрит Б) отит  
 В) панкреатит Г) аппендицит
- 67. ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ**  
 А) почек Б) легких  
 В) слюнных желез Г) селезенки
- 68. У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДой И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ**  
 А) 0, нет потерь жидкости  
 Б) II, потеря жидкости 4-6% от массы тела В) III, потеря жидкости 7-10% от массы тела Г) I, потеря жидкости 1-3% от массы тела
- 69. ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ**  
 А сухари из белого хлеба  
 Б) молочнокислые продукты (кефир, творог) В) каши на цельном молоке  
 Г) каши на воде
- 70. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**  
 А антибиотики (Цефотаксим)  
 Б) противовирусные (Озельтамивир) В) Ацетилсалициловая кислота  
 Г) сульфаниламидные препараты
- 71. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ**  
 А введение иммуноглобулина контактным  
 Б) изоляция контактных на 25 дней от момента контакта  
 В) трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции Г) иммунизация детей АКДС-вакциной
- 72. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ**  
 А) плазмой или сывороткой крови больного и кровью донора Б) плазмой донора и кровью больного  
 В) форменными элементами крови больного и кровью донора Г) форменными элементами крови донора и кровью больного
- 73. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ**  
 А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF) Б) жизненная емкость лёгких  
 В) остаточный объем лёгких Г) общая емкость выдоха
- 74. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ**

- А) через 48-72 часа после контакта с аллергеном Б) через 6-8 часов после воздействия аллергена  
В) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном

**75. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) β-адреноблокаторы Б) сердечные гликозиды В) Амиодарон  
Г) Лидокаин

**76. ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ**

- А) сужение зрачков  
Б) пульс на крупных артериях  
В) пульс на периферических сосудах Г) улучшение цвета кожи и слизистых

**77. ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ**

- А) живой вакциной Б) Ацикловиром  
В) убитой вакциной  
Г) полисахаридной вакциной

**78. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ**

- А) анафилактический шок Б) гипертермию  
В) крупозную пневмонию Г) фебрильные судороги

**У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЭРИТРОЦИТЫ -  $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$ , ГЕМОГЛОБИН - 79 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 0,88, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ**

- А) II степени, нормохромной Б) II степени, гипохромной В) III степени, гипохромной  
Г) III степени, нормохромной

**80. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВЫЯВЛЕНА УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТУБЕРКУЛИНУ НА (ММ)**

- А) ) 5 и более Б) 5 и менее В) 6 и более Г) 6 и менее

**81. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат с учетом транспортабельности тяжелые больные и все зараженные инфекционными заболеваниями с индексом контагиозности ...**

- А). высоким Б). умеренным В). низким

**82. В емкостях убежищ должен быть запас питьевой воды на каждого укрываемого из расчета ... в сутки**

- А). 3 л  
Б) 5 л  
В). 10 л  
Г). 20 л

- 83. При возникновении и во время ликвидации чрезвычайных ситуаций функционирование единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций осуществляется по режиму:**  
 А). повседневной деятельности Б). чрезвычайных ситуаций В). повышенной готовности
- 84. При отсутствии угрозы возникновения чрезвычайной ситуации функционирование единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций осуществляется по режиму:**  
 А). повседневной деятельности  
 Б). чрезвычайных ситуаций В). повышенной готовности
- 85. При угрозе возникновения чрезвычайной ситуации функционирование единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций осуществляется по режиму:** А). А). повседневной деятельности  
 Б). чрезвычайных ситуаций  
 В). повышенной готовности
- 86. К нерадиационным поражающим факторам относится:**  
 А). Проникающая радиация Б). Ионизирующее излучение В). Электромагнитный импульс
- 87. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская) на 1 этапе оказывает:**  
 А). Специализированную медицинскую помощь Б). Квалифицированную медицинскую помощь В). Первую врачебную медицинскую помощь Г). Первую медицинскую помощь
- 88. Основными способами защиты населения являются:**  
 А). Оказание медицинской помощи Б). Вывоз из очага катастрофы  
 В). Укрытие в защитных сооружениях Г). Прием медикаментов и эвакуация
- 89. Чрезвычайные ситуации условно подразделяют на:**  
 А). Аварии, стихийные бедствия, катастрофы  
 Б). Разрушения и уничтожения материальных ценностей В). Механические, термические, биологические  
 Г). Радиационные, химические, смешанные
- 90. Комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения, называется:** А). Медицина катастроф  
 Б). Ликвидация ЧС  
 В). Предупреждение ЧС Г). Эвакуация

- 91. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:**  
А). все население, за исключением неработающих граждан Б). дети и подростки  
В). беременные женщины Г). работающие граждане
- 92. Целью эпидемиологических исследований является:**  
А). характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения Б). разработка мер профилактики и оценка их эффективности  
В). планирование профилактических мероприятий  
Г). оценка распространенности естественного течения заболеваний
- 93. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают**  
А) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания  
Б) болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления В) новообразования, травмы и отравления  
Г) болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения
- 94. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении**  
А) развитие ПМСП  
Б) развитие сети диспансеров  
В) повышение роли стационаров  
Г) повышение роли санаторно-курортной помощи
- 95. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким**  
А) стационарная  
Б) амбулаторно-поликлиническая  
В) скорая медицинская помощь  
Г) санаторно-курортная
- 96. Если педагог приспосабливает свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к \_\_\_\_\_ уровню А) адаптивному  
Б) локально-моделирующему  
В) продуктивному  
Г) творческому**
- 97. В тактике лечебной деятельности врач использует следующие коммуникативные средства**  
А). просвещение;  
Б) разъяснение;  
В) ни одно из перечисленных выше средств;  
Г) другие средства, не указанные выше.
- 98. Молодой врач, обучающий медицинский персонал, столкнулся с трудностями по организации с ним обратной связи. Какой из компонентов процесса обучения недостаточно реализован врачом? А) оценочно-результативный;  
Б) контрольно-регулирующий;  
В) целевой;  
Г) стимулирующе-мотивационный.**

**99. В основе педагогического проектирования учебных занятий лежит**

- А) осознание организации процесса логики изложения содержания занятия;
- Б) структурирование схемы основных смысловых единиц учебного материала;
- В) анализ проблемы темы учебного занятия;
- Г) корригирование имеющихся учебных материалов с учетом уровнем подготовки обучающихся;
- В) ни одно из перечисленных выше утверждений.

**100. Одним из важнейших направлений профилактики, является**

- А) ЗОЖ
- Б) охрана окружающей среды
- В) вакцинация
- Г) экологическая безопасность

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 3сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов — эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая, сосуды не пальпируются. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

**Дополнительные данные исследования** *Общий анализ крови:* НЬ — 180 г/л, Эр —  $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,99, тромб —  $270 \times 10^9$ /л, Лейкоциты —  $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с -57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 19 мм/час. *Общий анализ мочи:* цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет. *Биохимический анализ крови:* общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51

ммоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

#### **Задание к задаче по педиатрии**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие грамположительные микроорганизмы Вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Можно ли купать ребенка?
11. Возможные исходы и прогноз.
12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?
14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

#### **Ответ к задаче по педиатрии**

- 1/DS:Пузырчатка новорожденных.
- 2/ RW, посев содержимого пузыря.
- 3/ Диф.Дз.-буллезный эпидермолиз,сиф пузыря,экфолиативный дермотит риттера,эритродермия Лейнера.,и др.виды пиодермий.
- 4/ Этиолог.-стафилококк.
- 5/ Гр+ м/о –стрепт-,стафил-,кlostридии,микобактерии,бацилл.
- 6/ Интоксикацией,вторичная инфекция,плот.поражения кожи.
- 7/Прокол пузырей и обработка спирт. р-р.анилиновых красителей, антибиотики защищенные пенициллинового ряда.
- 8/ Рн щело-я.,тонкий мантийный слой,богатая васкулиризация,гидрофильна.,в ПЖК много насыщенных жирных к-т.
- 9/ изменений на коже не остаётся
- 10/ после нормализации темп.купать в р-р марганцовки.
- 11/Выздоровление,или Сеппис.
- 12/ Экстренное извещение в ЦРПН, перевод в отделение патологии
- 13/ 11А гр.
- 14/Начать вакцинацию через 1 месяц после выздоровления

#### **Задача 2**

Мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах. При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, PS 110 в мин, при пальпации живота — напряжение мышц в эпигастральной области.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
3. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о принципах лечения.
4. Расскажите о дальнейшей диспансеризации.

### **Эталоны ответов**

1. Диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением, постгеморрагической анемией. Шок? Заключение дано на основании жалоб и объективного обследования: рвота "кофейной гущей", головокружение, слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение А/Д, болезненность, напряжение мышц в эпигастральной области.

2. Доврачебная помощь – больного уложить, приподнять ноги, холод на область желудка, срочная госпитализация.

3. План диагностического исследования в стационаре:

Анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты – экстренно), группа крови и резус-фактор. ЭГДС. Контроль АД, ЧСС, симптом белого пятна. Осмотр хирурга. Общий анализ мочи, копрология, биохимическое исследование крови, УЗИ органов брюшной полости, тест на хеликобактер.

Лечение: стол №1а,

Инфузионная терапия (кристаллоиды). При снижении гемоглобина ниже 70 г/л показано переливание эритроцитарной массы. Ингибитор протонной помпы (омепразол, эзомепразол) парентерально. После стабилизации состояния, стойкого прекращения кровотечения, провести эрадикационную терапию (например амоксициллин, кларитромицин и омепразол).

4. Диспансерное наблюдение с участием педиатра и гастроэнтеролога. Рекомендации по режиму и питанию. Контроль эффективности эрадикации через 6 недель после окончания приёма лекарств. Санаторно-курортное лечение в ремиссию. Лечение анемии препаратами железа с лабораторным контролем.

### **Задача 3**

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка слабость, боли в животе, понижение аппетита, по вечерам температура повышается до 38,4. С. Мать заметила, что девочка часто мочится, стала упускать мочу ночью. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Как подтвердить диагноз, какое обследование требуется провести.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.
4. Продемонстрируйте технику сбора анализа мочи по Зимницкому.

### **Эталоны ответов**

1. Острый пиелонефрит? Диагноз заподозрен на основании наличия у ребёнка симптомов интоксикации, лихорадки при отсутствии респираторных и кишечных симптомов, при наличии нарушений мочеиспусканий.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи, общий анализ крови. Для исключения врождённых аномалий МВС и нарушений уродинамики необходимо провести УЗИ МВС.

3. Ребёнок с острым пиелонефритом госпитализируется. Проводится антибактериальная терапия: препараты выбора – амоксициллин с клавулоновой кислотой внутрь или цефалоспорины 3 поколения парентерально (например цефотаксим).

4. Сбор анализа мочи по Зимницкому проводить согласно алгоритму выполнения манипуляций.

#### **Задача 4**

Девочка 4-х лет больна в течение 2 дней. Жалуется на слабость, вялость, незначительные боли в горле. При осмотре: температура 37,9. С, состояние средней тяжести, ребенок вялый. Отмечается гиперемия дужек, миндалин. На увеличенных миндалинах блестящие налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). При попытке снять налеты на миндалинах остаются эрозии. Приторно-сладковатый запах изо рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система без патологических изменений.

Стул, мочеиспускание в норме. Не привита в связи с отказом родителей.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Нужна ли госпитализация в данном случае?
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения.
5. Продемонстрируйте технику взятия мазка из зева на палочку Леффлера.

#### **Эталонные ответы**

1. У девочки 4-х лет локализованная форма дифтерии ротоглотки. Диагноз поставлен по данным анамнеза, жалоб, объективного обследования: слабость, небольшая боль в горле, t-37,9. С, гиперемия слизистой ротоглотки, на миндалинах налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Эпидемический анамнез: отсутствие вакцинации.
2. Ребенок изолируется в инфекционный стационар, для уточнения диагноза берутся мазки из зева на дифтерийную палочку Леффлера (мазок на VL). Постельный режим, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки.
3. Возможные осложнения: инфекционно-токсический шок, миокардит, полирадикулоневрит, острый гломерулонефрит.
4. Постельный режим, полноценное питание. Главное в лечении всех форм дифтерии нейтрализация дифтерийного токсина антитоксической противодифтерийной сывороткой. Доза сыворотки зависит от формы и тяжести заболевания. Перед введением лечебной дозы проводят пробу по методу Безредко с помощью 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки, введенной внутривенно; через 30 мин. 0,2 мл неразведенной сыворотки вводят подкожно и через 1,5 часа внутримышечно остальное количество сыворотки. При локализованных формах дифтерии сыворотку вводят обычно однократно. Наряду с введением противодифтерийной сыворотки обязательно назначаются антибиотики группы макролидов или цефалоспоринов, аминопенициллинов в течение 7-10 дней
5. Техника взятия мазка из зева и носа на VL: Выписать направление в лабораторию; подписать стеклографом пробирки «З» – зев, «Н» – нос или чашку Петри разделить пополам (со стороны среды) и маркировать аналогично; вымыть и осушить руки; надеть перчатки и маску; усадите ребенка рядом с источником света, извлеките ватный тампон из пробирки со знаком «Н», взяв его правой рукой за пробку в которую он вмонтирован. Положите четыре пальца левой руки на лоб ребенка, и большим пальцем приподнимите кончик носа ребенка. Осторожно введите тампон вращательными движениями сначала в один носовой ход, а затем в другой, плотно прикасаясь к их стенкам. Извлеките тампон, не касаясь кожи, и поместите его в пробирку, не касаясь ее краев. Попросите ребенка открыть рот или откройте его сами, для этого заведите шпатель левой рукой за коренные зубы и слегка надавите на него. Извлеките ватный тампон из пробирки с маркировкой «З», держа его за пробку, в которую он вмонтирован. Надавить шпателем на корень языка, правой рукой стерильный тампон введите в полость рта по шпателю. Осторожно, не касаясь тампоном слизистой оболочки рта и языка, провести тампоном по дужкам и небным миндалинам. Осторожно извлеките тампон и поместите его в пробирку. Вымыть и обработать антисептическим раствором руки в перчатках; снять маску, перчатки и поместить их в 5% раствор хлорамина на час; вымыть и осушить руки; отправить собранный материал в бактериологическую лабораторию.



## Задача №5

**Мальчик, 5 дней.** Участковый педиатр совместно с медсестрой проводит первичный патронаж новорожденного. *Анамнез жизни:* от 1-й беременности, протекавшей без патологии. Родители здоровы. Роды срочные, оценка по шкале Апгар 8–8 баллов. Масса тела при рождении — 3400 г, длина — 53 см. К груди приложен в первые 30 мин после родов. При рождении отмечен цианоз дистальных отделов конечностей. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале 3-х суток, не нарастало. Выписан с массой — 3200 г.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. На грудном вскармливании. Кожа чистая, с легким желтушным оттенком, склеры иктеричны, цианоз отсутствует. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок, 2,5×3,0 см, невыбухает. Вызываются физиологические рефлексы. Дыхание в легких ослабленное везикулярное, частота дыхания (ЧД) — 40 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 140 в минуту. Живот мягкий, печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 5 раз в сутки, желтый, кашицеобразный. Мочеиспусканий 20–25 раз в сутки, моча светло-желтого цвета.

## Вопросы

1. Сформулируйте заключение комплексной оценки здоровья. Чем можно объяснить цианоз конечностей при рождении? Дайте определение «здоровый новорожденный ребенок».
2. Какие скрининговые исследования и прививки должны быть выполнены ребенку в родильном доме?
3. Назовите сроки, цель, содержание и рекомендации первичного патронажа новорожденного.
4. Какие советы по уходу за пупочной ранкой необходимо дать матери ребенка?
5. Составьте план диспансерного наблюдения на педиатрическом участке на 1 мес.

## Ответ

1. Онтогенез не отягощен. Функциональное состояние органов и систем не нарушено. **Новорожденный, адаптация: транзитное кровообращение, физиологическая желтуха, физиологическая убыль в массе тела. Группа здоровья I.** При рождении имелось транзитное кровообращение. Начало легочного дыхания способствует закрытию фетальных коммуникаций: венозный (аранциев) проток закрывается через 10–15 мин после рождения; овальное окно — после рождения; функциональное закрытие артериального (Боталлова) протока происходит чаще к 8-й неделе, анатомическая его облитерация — через несколько месяцев; пупочные артерии сокращаются через 15 с, а через 45 с они уже функционально закрыты; венозный (аранциев) проток анатомически закрывается через 3 нед, функционально — через 2–3 сут. В связи с этим у ребенка наблюдают цианоз конечностей, акроцианоз. Здоровый новорожденный — ребенок, родившийся от практически здоровой матери без осложнений беременности и родов с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, массой тела 2,6–4,0 кг, с массо-ростовым коэффициентом 60–80, с нормально протекающим периодом адаптации, максимальным уменьшением первоначальной массы тела

не более 6–8%, находящийся на естественном вскармливании.

2. Проведен неонатальный скрининг на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию; выявляют факторы риска по тугоухости, глухоте — методом регистрации вызванной отоакустической эмиссии. В первые 12 ч жизни выполняют 1-ю вакцинацию против вирусного гепатита В, на 3–7-й день — вакцинация против туберкулеза.

3. Первичный патронаж новорожденного проводят в 1-е сутки после передачи сведений из родильного дома. Педиатр оценивает общее состояние ребенка, неврологический статус, анализирует выписку из родильного дома, устанавливает группу здоровья, дает рекомендации. Медицинская сестра обрабатывает пупочную ранку, обучает мать уходу за новорожденным и правилам купания. Рекомендации: правила прикладывания к груди, ежедневная влажная уборка помещения, проветривание, соблюдение температурного режима, порядок хранения и ухода за бельем, правила сохранения лактации, питания и режима кормящей матери, уход, разрешение на первое купание и прогулку и т.д.

4. До полного заживления пупочной ранки медицинская сестра обрабатывает ее только по указанию врача. В данном случае необходимо использовать метод естественного заживления пупочной ранки, без

5. Диспансерное наблюдение в 1 мес: осмотр на дому педиатром на 1-м месяце 3–4 раза, далее 1 раз в месяц в поликлинике; консультации невролога, офтальмолога, хирурга в 1 мес; в 1 мес — нейросонография, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов.

### Задача № 6

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 затрудненного 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 ребенка 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 свистящее, 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 снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $5,8 \times 10^9/л$ , 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 п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

**Вопросы:**

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

**ответ**

2. Диагноз «бронхиальная астма» (БА) и период заболевания установлены на основании жалоб больного на приступообразный кашель, свистящее дыхание, данных анамнеза (два кратковременных эпизода затруднённого дыхания при контакте с тополиным пухом), данных объективного исследования больного – клинически картина обструктивного синдрома (коробочный перкуторный звук, масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких, дыхание с затруднённым выдохом – экспираторная одышка, тахипноэ 20%), на рентгенограмме – признаки обструктивного синдрома (лёгочные поля повышенной прозрачности, уплотнение купола диафрагмы).
3. Пациенту рекомендовано: исследование показателей внешнего дыхания; общий и специфические IgE, ЭКГ.

**Задача 7**

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замёрз. 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–  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $16,2 \times 10^9$ /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:**

- Составьте план дополнительного обследования пациента.

**ответ**

Диагноз «пневмония» поставлен на основании типичных клинических синдромов, локальной перкуторной и аускультативной симптоматики, воспалительных изменений со стороны гемограммы, а также типичной рентгенологической картины.

Пациенту рекомендовано: посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам; ЭКГ.

## Задача 8

с ребенком 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 atopическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма.

2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой.

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 папулезные 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 –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Hb – 120 г/л, лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , 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.

### ответ

Бронхиальная астма atopическая, лёгкое персистирующее течение, обострение. Atopический дерматит, детский, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, ограниченный, лёгкий.

Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку; клинико-анамнестических данных о возникновении приступов бронхообструкции при контакте с аллергенами и воздействии неспецифических триггеров, о признаках бронхообструкции при осмотре (приступообразный кашель спастического характера, экспираторная одышка, дистантные хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука, жёсткое дыхание с

удлинённым выдохом, масса сухих свистящих и единичные влажные хрипы в лёгких), о наличии признаков дыхательной недостаточности (одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника, снижено соотношение ЧСС и ЧД). Бронхиальная астма атопическая – так как отягощён аллергологический анамнез (наличие атопического дерматита), отягощён генеалогический анамнез по атопии (у отца бронхиальная астма).

Течение лёгкое персистирующее – приступы возникают 3-4 раза в год, отсутствуют ночные симптомы заболевания, но снижена переносимость физической нагрузки.

Обострение астмы – так как при осмотре имеются жалобы на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку; при объективном обследовании у ребёнка выявлен бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности. Диагноз «атопический дерматит» установлен на основании клинико-анамнестических данных: в анамнезе имеются указания на наличие атопического дерматита с раннего возраста, при осмотре выявлены изменения кожи – сухость, в области подколенных ямок локтевых сгибов участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулезные элементы, следы расчёсов)

Рекомендуется: исследование уровня специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови (к пищевым, бытовым, эпидермальным аллергенам) для выявления сенсibilизации к определенным видам аллергенов и составления рекомендаций по их элиминации; оценка воспаления дыхательных путей (уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе, эозинофиль в мокроте) – для подтверждения эозинофильного воспаления дыхательных путей; определение сатурации O<sub>2</sub> – для оценки степени тяжести дыхательной недостаточности.