

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.10.2022 09:22:04
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики



УТВЕРЖДАЮ

Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»

Минздрава Чувашии

Р.С. Матвеев

« 29 » августа 2019 г.

**Рабочая программа
Государственной итоговой аттестации**

Б3

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:

31.08.19 Педиатрия

Квалификация – **Врач-педиатр**

Форма обучения – **очная**

Рабочая программа Государственной итоговой аттестации составлена на основе требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. № 1060, и в соответствии с рабочим учебным планом подготовки ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным ректором ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии.

СОСТАВИТЕЛИ:

Иванова И.Е. д.м.н., доцент

Родионов В.А. д.м.н., профессор

Егорова И.Н. к.м.н., доцент

Лукоянов Д.В., к.м.н.

Программа государственной итоговой аттестации

1. Цель

Цель государственной итоговой аттестации: определение уровня практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональных задач в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

2. Место в учебном процессе

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части Блока 3 «Государственная итоговая аттестация» программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19 Педиатрия.

3. Результаты обучения

В соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) на государственной итоговой аттестации проверяется сформированность у выпускников универсальных и профессиональных компетенций.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее – УК):

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

профессиональные компетенции (далее – 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, 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 (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 взрослых 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 (МКБ-10).

лечебная деятельность:

– готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий (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 (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. Объем государственной итоговой аттестации

Общая трудоемкость государственной итоговой аттестации составляет 108 часов, 3 зачетные единицы.

5. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19 Педиатрия включает три этапа:

Первый этап. Тестирование.

Тестирование проводится в пределах объема знаний, умений и навыков, установленных в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Тестирование проводится в ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии.

К сдаче практических навыков допускаются ординаторы, набравшие не менее 71% по тестированию.

Перечень тестовых заданий

1. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А) клиренс эндогенного креатинина
- Б) осмолярность мочи
- В) относительная плотность мочи
- Г) уровень общего белка крови

2. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) внутрисосудистым свертыванием крови
- Б) лейкоцитозом
- В) полиурией

Г) гипернатриемией

3. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

- А) протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
- Б) бактериурия
- В) гематурия
- Г) гипертония

4. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) лейкоцитурией с бактериурией
- Б) гематурией
- В) протеинурией
- Г) цилиндрурией

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

6. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С

- А) тугоухостью и нарушением зрения
- Б) искривлением конечностей
- В) мочекаменной болезнью
- Г) хронической пневмонией

7. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции
- Б) на высоте респираторного заболевания
- В) через месяц после перенесенного респираторного заболевания
- Г) без связи с перенесенными заболеваниями

8. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса по данным УЗИ
- Б) нарушение функционального состояния почек
- В) подозрение на наличие аномалий развития мочевого пузыря и уретры
- Г) учащенное болезненное мочеиспускание

9. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) инфекции мочевой системы
- Б) аномалии развития органов мочевой системы
- В) гломерулонефрите
- Г) тубуло-интерстициальном нефрите

10. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- А) цистоскопию
- Б) цистографию
- В) изотопную сцинтиграфию
- Г) экскреторную урографию

11. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- А) спазмолитиков
- Б) антибиотиков
- В) анальгетиков
- Г) мочегонных препаратов

12. ИНСТИЛЛЯЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ

- А) хроническом цистите
- Б) гломерулонефрите
- В) остром пиелонефрите
- Г) хроническом пиелонефрите

13. 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

14. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГОПИЕЛОНЕФРИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЧАЩЕ ВВОДИТСЯ

- А) внутривенно
- Б) перорально
- В) внутримышечно
- Г) внутрипузырно

15. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А) защищенные пенициллины
- Б) цефалоспорины 3 поколения
- В) макролиды
- Г) нитрофураны

16. РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- А) полупостельным до исчезновения отеков и артериальной гипертензии
- Б) общим
- В) палатным
- Г) постельным

17. ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРЗА У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

- А) витамин Д и препараты кальция
- Б) ингибиторы протонной помпы
- В) препараты калия йодида
- Г) пре- и пробиотики

18. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- А) анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции
- Б) гиперхромная, гипорегенераторная анемия, умеренная тромбоцитопения, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции
- В) гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа

Г) нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нормальные показатели билирубинового обмена

19. 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 энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву
- Г) образование гаптенных комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита

20. РЕБЕНКУ 3 ГОДА. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: ЭРИТРОЦИТЫ- $2,3 \times 10^{12}/л$, ГЕМОГЛОБИН-55 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ-0,88. ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

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

21. АНЕМИЯ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

- А) нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная
- Б) гипохромная, микроцитарная, гиперрегенераторная
- В) нормохромная, нормоцитарная, гипорегенераторная
- Г) гиперхромная, макроцитарная, гипорегенераторная

22. В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ АНЕМИИ ФАНКОНИ ВЫЯВЛЯЮТ УГНЕТЕНИЕ

- А) 3-х ростков одновременно
- Б) эритроидного ростка
- В) миелоидного ростка
- Г) мегакариоцитарного ростка

23. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРМОЦИТАРНОЙ, НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ УРОВЕНЬ

- А) ретикулоцитов
- Б) тромбоцитов
- В) сывороточного железа
- Г) сывороточного ферритина

24. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ _____ АНЕМИЮ

- А) нормохромную, гиперрегенераторную
- Б) гиперхромную, гиперрегенераторную
- В) гипохромную, регенераторную
- Г) гиперхромную, регенераторную

25. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию
- Б) гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию
- В) нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза
- Г) нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию

26. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) острый лейкоз
- Б) апластическая анемия
- В) инфекционный мононуклеоз
- Г) тромбоцитопеническая пурпура

27. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ ___%

- А) 5
- Б) 2
- В) 12
- Г) 15

28. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А) времени свертываемости
- Б) времени кровотечения
- В) плазминогена
- Г) количества D-димеров

29. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

- А) синячково-гематомный
- Б) петехиально-пятнистый
- В) васкулитно-пурпурный
- Г) гематомный

30. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ГЕМОФИЛИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ___ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

- А) VIII или IX
- Б) I или II
- В) III или IV
- Г) V или VI

31. В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- А) раздражения мегакариоцитарного ростка
- Б) нормального числа мегакариоцитов
- В) угнетения мегакариоцитарного ростка
- Г) близкого к нормальному числу мегакариоцитов

32. ДИАГНОЗ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОСНОВАН НА РЕЗУЛЬТАТАХ

- А) биопсии лимфатического узла
- Б) анализа периферической крови
- В) пункции костного мозга
- Г) ультразвукового исследования лимфатического узла

33. СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ 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

**34. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ _____
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА**

- А) лимфобластный
- Б) миеломонобластный
- В) мегакариоцитарный
- Г) промиелоцитарный

**35. СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ
ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ**

- А) Шенлейн-Геноха
- Б) Рендю-Ослера-Вебера
- В) фон Виллебрандта
- Г) Вискотта-Олдрича

36. УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) гемофилии
- Б) гемолитической анемии
- В) геморрагического васкулита
- Г) тромбоцитопенической пурпуры

**37. ПРИ КАКОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ (РН) ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ
ФОСФАТОВ?**

- А) рН 8,0
- Б) рН 5,0
- В) рН 6,5
- Г) рН 4,0

**38. ПОЯВЛЕНИЕ ПАСТОЗНОСТИ ВЕК И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, МОЧИ
ЦВЕТА МЯСНЫХ ПОМОЕВ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДО 150/100 ММ
РТ.СТ. У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ
ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО**

- А) гломерулонефрита с нефритическим синдромом
- Б) поствирусного тубулоинтерстициального нефрита
- В) дисциркуляторного тубулоинтерстициального нефрита
- Г) гломерулонефрита с нефротическим синдромом, гематурией и артериальной гипертензией

**39. О ЧАСТОМ РЕЦИДИВИРОВАНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
СПРАВЕДЛИВО ГОВОРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ**

- А) двух обострений за 6 месяцев
- Б) одного обострения за 5 месяцев
- В) одного обострения за 12 месяцев
- Г) двух обострений за 12 месяцев

**40. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО
ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ
ИСПОЛЬЗОВАНЫ**

- А) дезагреганты
- Б) антикоагулянты
- В) глюкокортикоиды
- Г) мембраностабилизаторы

41. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОЗОМ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ

- А) тромбоцитов
- Б) «отмытых» эритроцитов
- В) криопреципитата
- Г) концентратов факторов свёртывания

42. КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

- А) преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течении 6-8 недель
- Б) преднизолон 2 мг/м²/сутки в три приема в течении 4-х недель
- В) преднизолон 60 мг/м²/сутки в три приема в течении 2-х недель
- Г) преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2-х недель

43. ДИАГНОЗ АНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 3-4-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ____ Г/Л

- А) 120
- Б) 130
- В) 140
- Г) 150

44. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тромбоцитопения менее 10 000 в 1 мкл
- Б) геморрагический синдром
- В) тромбоцитопения менее 40 000 в 1 мкл
- Г) наследственная тромбоцитопатия

45. ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) стероидорезистентный нефротический синдром
- Б) часторецидивирующий нефротический синдром
- В) поликистоз почек
- Г) мочекаменная болезнь

46. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нефритический
- Б) нефротический
- В) изолированный мочевои
- Г) анемический

47. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

- А) гипоальбуминемия
- Б) гиперальбуминемия
- В) гиполипидемия
- Г) гиперпротеинемия

48. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ И

- А) протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
- Б) протеинурия, гиперлипидемия, гематурия
- В) протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия
- Г) лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

49. КОЛИЧЕСТВО АЛЬБУМИНА В МОЧЕ 80 МГ/Л ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) микроальбуминурии
- Б) альбуминурии
- В) низкоселективной протеинурии
- Г) низкомолекулярной протеинурии

50. ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

- А) суставы, почки, кишечник
- Б) суставы, легкие, кишечник
- В) сердце, почки, кишечник
- Г) легкие, ЦНС, кишечник

51. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) острые респираторные вирусные инфекции
- Б) лекарственные препараты
- В) гомеопатические препараты
- Г) бактериальные инфекции

52. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) скорость клубочковой фильтрации
- Б) креатинин сыворотки крови
- В) мочевины сыворотки крови
- Г) мочевая кислота сыворотки крови

53. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дегидратация
- Б) тубулоинтерстициальный нефрит
- В) гломерулонефрит
- Г) тромбоз почечных сосудов

54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обструктивная уропатия
- Б) пиелонефрит
- В) гломерулонефрит
- Г) тубулоинтерстициальный нефрит

55. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение сывороточного железа
- Б) наличие гипохромной анемии
- В) наличие источника кровопотери
- Г) снижение железосвязывающей способности сыворотки

56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) нерациональном вскармливании
- Б) хронической кровопотере
- В) гельминтозе
- Г) гемолизе эритроцитов

57. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) проба Кумбса
- Б) проба с диэпоксидбутаном
- В) степень увеличения селезенки
- Г) уровень ретикулоцитов в крови

58. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) трепанобиопсия
- Б) коагулограмма
- В) пункция костного мозга
- Г) общий анализ крови

59. ДИАГНОЗ «ТРОМБОЦИТОПАТИЯ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА НАЛИЧИИ

- А) функциональной неполноценности тромбоцитов
- Б) тромбоцитопении
- В) геморрагического синдрома
- Г) изменений в коагулограмме

60. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение лимфатических узлов
- Б) увеличение печени
- В) боль в костях
- Г) кожный зуд

61. ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

- А) биопсия лимфатического узла
- Б) пункция лимфатического узла
- В) пункция костного мозга
- Г) лейкоцитарная формула крови

62. СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л

- А) 70-90
- Б) 90-110
- В) 120-140
- Г) менее 70

63. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 1-1,5 месяца
- Б) 0,5 месяца
- В) 2-3 месяца
- Г) 4-6 месяцев

64. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) новосевэн
- Б) октанат
- В) октанайн
- Г) гемоктин

65. ФАКТОР VIII БОЛЬНОМУ ГЕМОФИЛИЕЙ А ВВОДИТСЯ

- А) внутривенно струйно
- Б) внутривенно капельно
- В) подкожно
- Г) внутримышечно

66. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НА ВСЕХ ЭТАПАХ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 2,5-3 года
- Б) 1 год
- В) 1 месяц
- Г) 5 лет

67. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ

- А) трансплантации костного мозга
- Б) спленэктомии
- В) заместительной терапии
- Г) иммуносупрессивной терапии

68. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- А) 3-4 недели
- Б) 4-8 недель
- В) 8-16 недель
- Г) 1-2 недели

69. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хроническая кровопотеря
- Б) глистная инвазия
- В) нарушение всасывания железа
- Г) авитаминоз

70. ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) полихимиотерапия
- Б) лучевая монотерапия
- В) монотерапия химиопрепаратами
- Г) пересадка костного мозга

71. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- А) антибактериальных препаратов
- Б) витаминно-минеральных комплексов
- В) препаратов железа
- Г) глюкокортикостероидов

72. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ПРИМЕНЯЮТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ____ ФАКТОРОМ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

- А) VIII
- Б) IX

- В) X
- Г) XI

73. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В

- А) сбалансированном питании
- Б) режиме дня
- В) физической нагрузке
- Г) медикаментозной терапии

74. КОНСИСТЕНЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В НОРМЕ

- А) мягко-эластическая
- Б) мягкая
- В) тестоватая
- Г) плотно-резиновая

75. КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ?

- А) биопсия лимфоузла
- Б) ультразвуковое исследование лимфоузла
- В) рентгенография грудной клетки
- Г) компьютерная томография грудной клетки

76. КАКИЕ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ФЕЛИНОЗЕ (БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН)?

- А) подмышечные, локтевые
- Б) затылочные, заушные
- В) подчелюстные, шейные
- Г) шейные, надключичные

77. ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО _____ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

- А) симметричное, умеренное, без изменения плотности
- Б) несимметричное, значительное, с уплотнением консистенции
- В) симметричное, значительное, с выраженной болезненностью
- Г) несимметричное, с появлением «каменистой» плотности, безболезненное

78. ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- А) плотные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями
- Б) умеренно плотные, чувствительные при пальпации, подвижные
- В) плотные, болезненные, спаянные между собой и окружающими тканями
- Г) умеренно увеличенные, чувствительные при пальпации, с локальной гипертермией

79. ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

- А) генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции
- Б) генерализованная, с конца первой недели, сохраняется в течение нескольких месяцев
- В) локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания
- Г) локализованная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период

80. ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) галактоземию
- Б) синдром Дауна
- В) синдром Нунан

Г) врожденную тирозинемию

81. ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА

- А) IgG
- Б) IgA
- В) IgM
- Г) IgE

82. ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- А) пузырчатке новорожденного
- Б) врожденном везикулопустулезе
- В) неонатальном пустулярном меланозе
- Г) врожденном буллезном эпидермолизе

83. К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ

- А) везикулопустулез
- Б) токсическая эритема
- В) буллезный эпидермолиз
- Г) неонатальный пустулярный меланоз

84. НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А) муковисцидоза
- Б) врожденного порока сердца
- В) атрезии пищевода
- Г) тиреотоксикоза

85. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- А) Балларда
- Б) Сильвермана
- В) Даунса
- Г) Дементьевой

86. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) ацикловир
- Б) ампициллин
- В) азитромицин
- Г) амфотерицин

87. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ

- А) 11-20
- Б) 5-10
- В) 21-30
- Г) больше 30

88. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) белок крови
- Б) глюкоза крови

- В) электролиты крови
- Г) гематокрит

89. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ С

- А) с полным гидролизом белка
- Б) белактозным
- В) низколактозным
- Г) антирефлюксным

90. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) смесь для маловесных детей
- Б) низколактозная смесь
- В) кисломолочная смесь
- Г) творог

91. ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО

- А) 1 года из 1000 живорожденных
- Б) 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- В) 2 лет из 1000 живорожденных
- Г) 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми

92. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бронхиолит
- Б) ларингит
- В) трахеит
- Г) бронхит

93. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ОТНОСЯТ

- А) врожденную слабость хрящевого каркаса гортани
- Б) тяжи и спайки в области голосовой щели
- В) парез голосовых связок
- Г) стеноз гортани

94. НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА

- А) в первые часы жизни
- Б) на 2-3 сутки жизни
- В) при выписке из родильного дома
- Г) в возрасте 1 месяца жизни

95. У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- А) лейкоцитоза
- Б) полицитемии
- В) лейкопении
- Г) тромбоцитопении

96. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение протромбинового комплекса
- Б) повышенный фибринолиз
- В) тромбоцитопения
- Г) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

97. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ

- А) к 3-5 дню жизни
- Б) сразу после рождения
- В) на 2-ой день жизни
- Г) на 2-й неделе жизни

98. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кровопотеря
- Б) наследственный микросфероцитоз
- В) дефицит эритроцитарных ферментов
- Г) наследственная гипопластическая анемия

99. ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) появление симптомов угнетения
- Б) резкое возбуждение
- В) повышение мышечного тонуса
- Г) ригидность затылочных мышц

100. ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) некротизирующий энтероколит
- Б) пилороспазм
- В) халазия пищевода
- Г) высокая кишечная непроходимость

101. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
- Б) гипоксия в родах
- В) отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
- Г) проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

102. ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ

- А) уменьшается
- Б) увеличивается
- В) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается
- Г) не изменяется

103. ХАРАКТЕРНА ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ

- А) рвоте и жидком стуле
- Б) гипертермии
- В) выраженной одышке
- Г) потливости

104. ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) постоянное нарушение дыхания при кормлении
- Б) кашель
- В) напряжение брюшной стенки
- Г) наличие пенистых выделений изо рта

105. ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ

- А) от матерей с сахарным диабетом
- Б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
- В) с синдромом Видемана-Беквита
- Г) с врожденной гиперплазией коры надпочечников

106. КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ

- А) увеличением потребности мозга в кислороде
- Б) резким увеличением метаболизма глюкозы
- В) повышением внутричерепного давления
- Г) повышением артериального давления

107. ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- А) прогрессирующей эмфиземы легких
- Б) гипотрофии правого сердца
- В) снижения PaO₂
- Г) респираторного ацидоза

108. ПРИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ ВЫБИРАЮТ

- А) кофеин
- Б) этимизол
- В) эуфиллин
- Г) преднизолон

109. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД

- А) ремиссии
- Б) обострения
- В) приступа
- Г) подростковый

110. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) антибиотиков
- Б) противовирусных препаратов
- В) противогрибковых препаратов
- Г) муколитиков

111. ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение хлоридов в поте и моче
- Б) повышение IgE в крови
- В) повышение эозинофилов в крови
- Г) нарушение функции внешнего дыхания

112. К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ _____ ЛЕГКОГО

- А) абсцесс
- Б) киста
- В) гипоплазия
- Г) опухоль

113. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

- А) максимальная (пиковая) скорость выдоха
- Б) сатурация кислорода
- В) напряжение кислорода в крови
- Г) напряжение углекислого газа в крови

114. ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- А) грубый лающий кашель с изменением голоса
- Б) удлинение выдоха
- В) сухой кашель ночью
- Г) продуктивный кашель с большим количеством мокроты

115. НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) физиологической желтухе
- Б) синдроме сгущения желчи
- В) семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазае
- Г) атрезии желчевыводящих путей

116. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ

- А) рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
- Б) локальные мелкопузырчатые влажные
- В) рассеянные мелкопузырчатые
- Г) локальные сухие

117. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ

- А) рассеянные сухие свистящие
- Б) рассеянные мелкопузырчатые
- В) локальные мелкопузырчатые
- Г) локальные сухие

118. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) респираторный вирус
- Б) легионелла
- В) хламидия
- Г) микоплазма

119. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пневмококк
- Б) стафилококк
- В) стрептококк
- Г) энтерококк

120. ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ХРИПЫ

- А) локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
- Б) локальные сухие свистящие
- В) рассеянные мелкопузырчатые влажные
- Г) рассеянные сухие свистящие

121. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- А) притупление перкуторного звука
- Б) коробочный звук при перкуссии
- В) рассеянные мелкопузырчатые хрипы
- Г) локальные разнокалиберные влажные хрипы

122. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ

- А) коробочный перкуторный звук
- Б) резкое притупление перкуторного звука
- В) локальные мелкопузырчатые влажные хрипы
- Г) амфорическое дыхание

123. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ

- А) несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
- Б) несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче
- В) нарушению со стороны центральной нервной системы
- Г) воздействию экзо- и эндогенных пирогенов

124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ателектаз
- Б) пневмоторакс
- В) абсцесс
- Г) булла

125. ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- А) экспираторной одышки
- Б) инспираторной одышки
- В) навязчивого кашля
- Г) смешанной одышки

126. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) *Chlamydia trachomatis*
- Б) *Staphylococcus aureus*
- В) *Mycoplasma pneumoniae*
- Г) *Escherichia coli*

127. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- А) грамотрицательную флору
- Б) грибковую инфекцию
- В) атипичную флору
- Г) респираторные вирусы

128. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

- А) «немое легкое»
- Б) ослабленное дыхание
- В) жесткое дыхание
- Г) везикулярное дыхание

129. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) сухих свистящих хрипов
- Б) влажных мелкопузырчатых хрипов
- В) шума трения плевры
- Г) крепитации

130. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ЧИХАНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НОСА, ОБИЛЬНОЕ ПРОЗРАЧНОЕ ВОДЯНИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ – ЭТО

- А) аллергический ринит
- Б) острый ринит
- В) острый синусит
- Г) аденоидит

131. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
- Б) экспираторный характер одышки
- В) вздутие грудной клетки
- Г) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

132. ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ – ЭТО

- А) аллергическое воспаление легочного интерстиция
- Б) инфекционно-воспалительное заболевание легких
- В) острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
- Г) хроническая обструктивная болезнь легких

133. К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ

- А) анафилактический шок
- Б) крапивницу
- В) аллергический дерматит
- Г) аллергический васкулит

134. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ

- А) лекарственные
- Б) бытовые
- В) пищевые
- Г) пыльцевые

135. РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) анафилактическом шоке
- Б) крапивнице
- В) сывороточной болезни
- Г) отеке Квинке

136. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) аллергический ринит
- Б) аллергический цистит
- В) крапивница
- Г) аллергический миокардит

137. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ

- А) пищевые
- Б) эпидермальные
- В) бытовые
- Г) пыльцевые

138. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА 3-НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

- А) пилоростенозе
- Б) пилороспазме
- В) кишечной инфекции
- Г) адреногенитальном синдроме

139. ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ

- А) условия, в которых произошло инфицирование
- Б) выраженность изменений на рентгенограмме
- В) отсутствие необходимости в госпитализации больного
- Г) тяжесть состояния больного

140. РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО

- А) 340 мкмоль/л и более
- Б) 250-300 мкмоль/л
- В) 170-250 мкмоль/л
- Г) менее 170 мкмоль/л

141. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А) бронхоскопия
- Б) анамнез
- В) рентгенография грудной клетки
- Г) наличие обструктивного синдрома

142. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) макролиды
- Б) цефалоспорины 1-2 поколений
- В) полусинтетические пенициллины
- Г) аминогликозиды

143. ДЛЯ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А) амоксициллин
- Б) гентамицин
- В) азитромицин

Г) тетрациклин

144. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) сальбутамол
- Б) флутиказон
- В) эуфиллин
- Г) цетиризин

145. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ___ МЕ

- А) 1000
- Б) 500
- В) 1500
- Г) 2000

146. ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО

- А) отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья
- Б) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
- В) снижению острой заболеваемости
- Г) снижению детской смертности

147. ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
- Б) осуществление восстановительного лечения
- В) организация диспансерных осмотров детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностических исследований
- Г) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу

148. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО

- А) 18 лет
- Б) 10 лет
- В) 7 лет
- Г) года

149. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 4 раза в год
- Б) 1 раз в месяц
- В) 6 раз в год
- Г) 2 раза в год 198

150. В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ

- А) анализ кала на скрытую кровь
- Б) определение общего белка и белковых фракций
- В) общий анализ мочи
- Г) клинический анализ крови

151. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) проведение скрининг-программы медицинской сестрой

- Б) осмотр педиатра
- В) лечение в стационаре
- Г) лабораторное обследование

152. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

- А) педиатра
- Б) старшую медицинскую сестру
- В) заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
- Г) физиотерапевта

153. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

- А) беременным женщинам и детям раннего возраста
- Б) только беременным женщинам
- В) семье, имеющей детей среднего возраста
- Г) семье, имеющей детей раннего возраста

154. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ

- А) медицинская сестра или фельдшер
- Б) участковый педиатр
- В) врач-педиатр или медицинская сестра
- Г) медицинский регистратор

155. ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

- А) месяц
- Б) год
- В) 3 месяца
- Г) 6 месяцев

156. ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

- А) месяц
- Б) год
- В) 3 месяца
- Г) 6 месяцев

157. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

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

158. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 1
- Б) 2
- В) 4
- Г) 5

159. ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 1

160. ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 3
- Б) 2
- В) 4
- Г) 5

161. ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ, СО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 4
- Б) 5
- В) 3
- Г) 2

162. ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 5
- Б) 4
- В) 2
- Г) 3

163. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медико-социальная реабилитация больного
- Б) противорецидивное лечение
- В) контроль функций поражённых органов и систем
- Г) статистическая отчётность

164. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

- А) несовершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- Б) совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- В) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- Г) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих острыми инфекционными заболеваниями

165. ВРАЧ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН ОЗНАКОМИТЬ РОДИТЕЛЕЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ НАПРАВИТЬ НА ПРИЕМ К

- А) участковому педиатру
- Б) специалисту страховой компании

- В) главному врачу детской поликлиники
- Г) врачу-ортопеду

166. ЗАДАЧИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) контроль деятельности страховой компании
- Б) преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
- В) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
- Г) контакт с заведующими педиатрическими участками

167. ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- А) оценку состояния ребенка
- Б) расчет стоимости клинического обследования
- В) расчет стоимости медицинских препаратов
- Г) расчет стоимости медицинских услуг

168. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А) уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- Б) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
- В) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- Г) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением

169. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЁНКА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ИЛИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) комиссионно
- Б) участковым педиатром
- В) родителями самостоятельно
- Г) главным врачом детской поликлиники

170. ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ И ПРИ СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТСЯ

- А) эпикриз
- Б) история болезни
- В) статистический талон
- Г) форма № 112/у

171. ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ

- А) заведующий педиатрическими участками
- Б) родитель ребенка
- В) медицинская сестра
- Г) врач-диетолог

172. В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ

- А) диета, лечебные столы, режим, витаминизация
- Б) профилактика и лечение педикулеза
- В) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
- Г) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация

173. В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ

- А) болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития
- Б) инфекционные и соматические болезни
- В) заболевания мочевыделительной системы
- Г) заболевания эндокринной системы

174. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ

- А) медико-социальной экспертизы
- Б) общеобразовательных учреждений
- В) комиссии по делам несовершеннолетних
- Г) центров социального обслуживания населения

175. К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ

- А) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- Б) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- В) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- Г) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

176. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ

- А) самостоятельной ориентации, общения, самообслуживания и передвижения
- Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
- В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием
- Г) самостоятельного освоения иностранных языков

177. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

- А) формирование отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
- Б) полное или частичное восстановления способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности
- В) способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
- Г) способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность

178. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 19,5-22,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

179. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 18,5-19,4
- Б) 19,5-22,9

- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

180. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 17-18,4
- Б) 18,5-19,4
- В) 19,5-22,9
- Г) 15-16,9

181. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛАРИНГИТА ОТНОСЯТ

- А) «лающий кашель», сиплый голос и инспираторную одышку
- Б) сухой, звонкий кашель и экспираторную одышку
- В) насморк, влажный кашель
- Г) приступообразный кашель, сопровождающийся рвотой 237

182. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
- Б) разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
- В) воспалительные изменения в общем анализе крови
- Г) повышение температуры, кашель влажный, симптомы

183. К ЛЬГОТНОЙ ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОТОРОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ОТПУСКАЮТСЯ БЕСПЛАТНО, ОТНОСИТСЯ

- А) ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет
- Б) ребёнок-инвалид в возрасте лишь до 14 лет
- В) ребёнок до 5 лет
- Г) ребёнок до 7 лет

184. ЛИХОРАДЯЩЕМУ БОЛЬНОМУ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ ОШИБОЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) горячих ножных ванн
- Б) постельного режима
- В) измерения температуры тела каждые 2–3 часа
- Г) приема жаропонижающих средств при повышении температуры тела

185. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- А) вакцинопрофилактику
- Б) закаливание щадящим методом
- В) гимнастику и массаж грудной клетки
- Г) витаминотерапию, фитотерапию

186. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ

- А) справка о материальном обеспечении
- Б) путевка в санаторий
- В) выписка из истории развития ребенка
- Г) справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными

187. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- А) 12-24 месяца
- Б) 3-6 месяцев
- В) 9-11 месяцев
- Г) чем дольше, тем лучше

188. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) появление геморрагической сыпи
- Б) уплощение или падение весовой кривой
- В) беспокойство
- Г) редкое мочеиспускание

189. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С ___ МЕСЯЦЕВ

- А) 6-ти
- Б) 7-ми
- В) 9-ти
- Г) 10-ти

190. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

- А) 8–9 месяцев
- Б) 6-ти месяцев
- В) 1,5 лет
- Г) 1 года жизни

191. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- А) разрешаются всегда
- Б) запрещаются
- В) разрешаются лишь после консультации невролога
- Г) разрешаются, если нет срыгиваний

192. КАКОВЫ ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?

- А) жизненная емкость легких, сила мышц кисти
- Б) масса и длина тела
- В) окружность головы и грудной клетки
- Г) развитие вторичных половых признаков

193. МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОЛУЧИТЬ ОТПЕЧАТОК СТОПЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЁ ФОРМЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) плантографией
- Б) соматометрией
- В) соматоскопией
- Г) физиометрией

194. УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РОСТА И РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМПОМ ПРОШЛЫХ ПОКОЛЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) акселерацией
- Б) децелерацией
- В) стагнацией
- Г) грацилизацией

195. ЧТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ?

- А) плантография со скриннинг-оценкой, тестовая карта осанки
- Б) визуальный осмотр и компьютерная томография
- В) измерение глубины изгибов и соматоскопия
- Г) визуальный осмотр и рентгенография

196. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- Б) за счет средств образовательной организации
- В) за счет средств родителей (законных представителей) ребенка
- Г) за счет средств спонсоров и благотворительных фондов

197. КАКОЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОКАЗЫВАЕТСЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ?

- А) первичная медико-санитарная
- Б) скорая специализированная
- В) высокотехнологичная специализированная
- Г) паллиативная медицинская

198. У ВРАЧА-ПЕДИАТРА, РАБОТАЮЩЕГО В ШКОЛАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ _____ ОБУЧАЮЩИХСЯ

- А) 1000
- Б) 2000
- В) 1500
- Г) 500

199. ДОЛЖЕН ЛИ ВРАЧ-ПЕДИАТР В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВОДИТЬ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДЕЗИНФЕКЦИИ, ДЕЗИНСЕКЦИИ, ДЕРАТИЗАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- А) нет
- Б) да
- В) в зависимости от ситуации
- Г) по санитарно-эпидемиологическим условиям

200. НА ДОВРАЧЕБНОМ ЭТАПЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) аппаратно-программные комплексы
- Б) аппаратуру для ультразвукового исследования
- В) аппаратуру для магнитно-резонансной томографии
- Г) гемотест

201. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

- А) эндокринологом
- Б) эпидемиологом
- В) ортопедом
- Г) урологом

202. НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рН-метрия
- Б) ацидотест
- В) фракционный метод
- Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду

203. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ

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

204. HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

- А) грамотрицательным бактериям
- Б) вирусам
- В) грамположительным бактериям

205. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

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

206. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
- Б) копрологическое исследование
- В) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
- Г) УЗИ брюшной полости

207. ДЛЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) рецидивирующей рвоты
- Б) боли натошак в правом подреберье
- В) боли натошак в эпигастрии
- Г) запоров

208. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остаточное пятно бария
- Б) конвергенция складок
- В) отечность складок
- Г) раздраженная луковица

209. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) непрямой гипербилирубинемией
- Б) повышением уровня трансаминаз
- В) прямой гипербилирубинемией
- Г) ретикулоцитозом

210. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) в школьном возрасте
- Б) в дошкольном возрасте

- В) у новорожденных
- Г) в грудном возрасте

211. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
- Б) ультразвуковое исследование поджелудочной железы
- В) копрограмма
- Г) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

212. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) нефротической формы гломерулонефрита
- Б) гематурической формы гломерулонефрита
- В) хронического пиелонефрита
- Г) тубулоинтерстициального нефрита

213. К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ

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

214. К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Сорбитол
- Б) Аллохол
- В) Лиобил

215. РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ, У КОТОРОГО ОБНАРУЖЕН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ

- А) безотлагательно
- Б) до 6 лет
- В) до 12 лет
- Г) до 10 лет

216. КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ ВОЗМОЖНО ПРИ ВАРИАНТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ

- А) поверхностных ссадинах
- Б) проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода
- В) повреждении слизистой до мышечного слоя
- Г) свежей перфорации инородным телом

217. РЕБЕНКУ ПЯТИ ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО

- А) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию
- Б) консервативное лечение 24-48 часов
- В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию
- Г) динамическое наблюдение

218. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гастроэнтерит
- Б) ларингит
- В) гастрит
- Г) панкреатит

219. какой ВИРУС НЕ ИМЕЕТ СВОЕЙ ОБОЛОЧКИ?

- А) HDV
- Б) HBV
- В) HCV
- Г) HAV

220. ДНК ИМЕЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА

- А) HBV
- Б) HAV
- В) HCV
- Г) HDV

221. ЕДИНСТВЕННЫМ МАРКЕРОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ЗДОРОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ

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

222. ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А) появление желтухи
- Б) увеличение размеров печени
- В) повышение температуры тела
- Г) появление ринита

223. ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДО (МКМОЛЬ/Л)

- А) 85
- Б) 65
- В) 45
- Г) 25

224. КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) ко-инфекция В+Д
- Б) острый гепатит Д
- В) хронический гепатит Д
- Г) острый гепатит Д+А

225. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ?

- А) цитолитический синдром
- Б) некроз гепатоцитов
- В) развитие почечной недостаточности
- Г) появление признаков инфекционно-токсического шока

226. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ УКАЗЫВАЕТ НА

- А) воспалительный процесс в толстом кишечнике
- Б) этиологию острой кишечной инфекции
- В) тяжесть поражения кишечника
- Г) дисбактериоз

227. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПИЛОРОСТЕНОЗА ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А) на третьей-четвертой неделях жизни
- Б) на второй неделе жизни
- В) в первые дни после рождения
- Г) после двух месяцев жизни

228. ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

- А) скудный
- Б) обильный непереваренный
- В) частый, жидкий, зловонный
- Г) водянистый

229. ПРИЧИНОЙ АТРЕЗИИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура
- Б) нарушение вращения кишечника
- В) кистозный поджелудочной железы
- Г) нарушение иннервации кишечной стенки

230. В РАЗВИТИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА МОЖЕТ ИГРАТЬ РОЛЬ

- А) снижение секреции соляной кислоты, пепсина и слизи в желудке
- Б) невыраженность слоев кишечной стенки
- В) недостаточность баугиниевой заслонки
- Г) частое опорожнение кишечника

231. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) сердечно-сосудистых нарушений
- Б) присоединения кишечной инфекции
- В) нарушений асептических правил кормления ребенка
- Г) инфекционных заболеваний у матери

232. РАЗВИТИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА МОЖЕТ ИГРАТЬ РОЛЬ

- А) дефицит секреторного IgA
- Б) невыраженность слоев кишечной стенки
- В) недостаточность баугиниевой заслонки
- Г) частое опорожнение кишечника

233. ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) врожденный порок сердца
- Б) атрезия кишечника
- В) гастрошизис
- Г) многоводие

234. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ ВРАЧА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А) исключить любую энтеральную нагрузку
- Б) назначить антибиотики
- В) сделать клизму
- Г) выполнить лапароцентез

235. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пищеводная рвота
- Б) дисфагия
- В) регургитация
- Г) рецидивирующая пневмония

236. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) контрастное обследование пищевода
- Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей
- В) фиброэзофагогастроскопия
- Г) жесткая эзофагоскопия

237. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пальцевое ректальное исследование
- Б) рентгеноконтрастный
- В) ректороманоскопия
- Г) колоноскопия

238. ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НАЧИНАЮТ С ОБЛАСТИ

- А) левой подвздошной
- Б) правой подвздошной
- В) эпигастральной
- Г) надлобковой

239. ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРОВОДЯТ

- А) против часовой стрелки
- Б) по часовой стрелке
- В) радиально
- Г) сверху вниз

240. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- А) 1-1,5
- Б) 2
- В) 2,5
- Г) 3

241. СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ (СМ)

- А) 130
- Б) 120
- В) 140
- Г) 135

242. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 55-65
- Б) 40-55
- В) 30-35
- Г) 70-85

243. СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- А) 75
- Б) 70
- В) 65
- Г) 80

244. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ 1-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- А) 3
- Б) 2
- В) 1
- Г) 4

245. ПРИМЕРНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ РОСТ 123 СМ И МАССУ ТЕЛА 24 КГ, СОСТАВЛЯЕТ (ГОД)

- А) 7
- Б) 6
- В) 5
- Г) 8

246. АДЕКВАТНОСТЬ ПОТООТДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ К ВОЗРАСТУ

- А) 7-8 лет
- Б) 10-14 дней
- В) 7-8 недель
- Г) 3-4 месяцев

247. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

- А) 2,5-2,8
- Б) 1,2-2,0
- В) 2,8-3,2
- Г) 2,0-2,2

248. ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

- А) $90+2n$
- Б) $60+n$
- В) $80+(n-2)$
- Г) $100+2n$

249. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МЕЖДУ

- А) левой и правой рукой
- Б) правой и левой ногами
- В) левой рукой и правой ногой
- Г) левой рукой и левой ногой.

250. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 140-160
- Б) 100-120
- В) 80-100

Г) 60-80

251. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 4 ГРУДНОЕ ОТВЕДЕНИЕ (V4) РЕГИСТРИРУЕТСЯ В

- А) 5 межреберье по срединно-ключичной линии
- Б) 4 межреберье слева у грудины
- В) 4 межреберье справа у грудины
- Г) 5 межреберье по передней аксилярной линии

252. ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) зубец Т в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен
- Б) высокий зубец R в I отведении
- В) глубокий зубец S в III отведении
- Г) высокий зубец Т в стандартных отведениях

253. НА ЭКГ КОМПЛЕКС QRS ОТРАЖАЕТ

- А) возбуждение желудочков
- Б) переход возбуждения с предсердий на желудочки
- В) возбуждение межжелудочковой перегородки
- Г) возбуждение предсердий

254. СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

- А) кардиального отдела желудка
- Б) дна желудка
- В) пилорического отдела желудка
- Г) тела желудка

255. КРАЙ ПЕЧЕНИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕН НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ У РЕБЕНКА ДО (ГОД)

- А) 5-7
- Б) 1-3
- В) 3-5
- Г) 8-10

256. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

- А) 7-10
- Б) 20-30
- В) 35-50
- Г) 3-6

257. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

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

258. РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

- А) неврологом
- Б) фтизиатром
- В) инфекционистом
- Г) хирургом

259. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

- А) 6
- Б) 12
- В) 3
- Г) 1

260. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ДИЕТУ №

- А) 5
- Б) 2
- В) 9
- Г) 8

261. ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ

- А) ежемесячно
- Б) еженедельно
- В) 1 раз
- Г) ежедневно

262. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ

- А) 2 раза в год
- Б) 2 раза в 6 месяцев
- В) ежемесячно

263. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в месяц
- В) 1 раз в год
- Г) 4 раза в год 1 раз в год

264. ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ (ГОД)

- А) 5
- Б) 10
- В) 1
- Г) 2

265. ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА

- А) кардиохирурга
- Б) педиатра
- В) кардиолога
- Г) ревматолога

266. ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в год
- В) 1 раз в месяц
- Г) 4 раза в год

267. ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ

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

268. ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ

- А) мониторинг артериального давления
- Б) общий анализ крови
- В) общий анализ мочи
- Г) ФЭГДС

269. БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- А) хронической ревматической болезнью сердца
- Б) вегетативной дисфункцией
- В) заболеваниями соединительной ткани
- Г) гломерулонефритом

270. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в полгода
- Г) 1 раз в 2 года

271. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в полгода
- Г) 1 раз в 2 года

272. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ _____ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ

- А) 2 лет
- Б) 1 года
- В) 5 лет
- Г) 4 лет

273. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ОСМОТР ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 1
- Б) 12

- В) 6
- Г) 4

274. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 4
- В) 1
- Г) 6

275. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 12
- Б) 3
- В) 6
- Г) 24

276. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в 2 года
- Г) 1 раз в 5 лет

277. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в квартал
- Г) 1 раз в 2 года

278. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 1
- В) 6
- Г) 12

279. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

- А) 3 месяца
- Б) год
- В) 6 месяцев
- Г) 1 месяц

280. ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 1
- Б) 3
- В) 24
- Г) 6

281. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 1
- В) 6
- Г) 12

282. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 6
- Б) 3
- В) 1
- Г) 12

283. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ

- А) до 18 лет
- Б) 1 год
- В) 5 лет
- Г) 3 года

284. ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) изолированную
- Б) простую
- В) сольтеряющую
- Г) стертую

285. МУКОВИСЦИДОЗ ОБУСЛОВЛЕН

- А) мутацией гена (CFTR)
- Б) нарушением строения бронхов
- В) обратным расположением органов
- Г) нарушением строения трахеи

286. К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕКУНДУ (%)

- А) более 80
- Б) более 10
- В) менее 50
- Г) более 60

287. К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ

- А) цилиндрические бронхоэктазы с наличием содержимого в бронхах
- Б) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)
- В) кистозные бронхоэктазы на КТ
- Г) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)

288. К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕКУНДУ (%)

- А) менее 50
- Б) менее 100
- В) более 80
- Г) более 70

289. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ (ИПР) РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С МУКОВИСЦИДОЗОМ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства реабилитации
- Б) восстановительную терапию: диету с увеличением калорий в рационе до 120-150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебную физкультуру
- В) реконструктивную хирургию: трансплантацию лёгкого (по показаниям)
- Г) санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний

290. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 19,5-22,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

291. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 18,5-19,4
- Б) 19,5-22,9
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

292. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 17-18,4
- Б) 18,5-19,4
- В) 19,5-22,9
- Г) 15-16,9

293. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 15-16,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 19,5-22,9
- Г) 17-18,4 15-16,9

294. НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) данные биопсии печени
- Б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
- В) рентгенограмму кисти (определение «костного возраста»)
- Г) суточное мониторирование ритма и артериального давлен.

295. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 19,5-22,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

296. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 18,5-19,4
- Б) 19,5-22,9
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

297. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 17-18,4
- Б) 18,5-19,4
- В) 19,5-22,9
- Г) 15-16,9

298. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 15-16,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 19,5-22,9
- Г) 17-18,4

299. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) менее 15
- Б) 18,5-19,4
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

300. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НВS-АНТИГЕНЕМИИ ОТ РАБОТЫ ОТСТРАНЯЕТСЯ

- А) медицинская сестра станции переливания крови
- Б) врач-хирург
- В) врач-стоматолог
- Г) врач-педиатр участковый

301. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ. СТ.)

- А) 100/65
- Б) 70/40
- В) 125/45
- Г) 140/80

302. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) дельта-волна

- Б) синусовая аритмия
- В) миграция источника ритма в пределах предсердий
- Г) отрицательный зубец Т в правых отведениях

303. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ?

- А) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
- Б) ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
- В) не ограничено при сохранении брадикардии
- Г) ограничено при сохранении пароксизмальной тахикардии.

304. ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ

- А) овощи и фрукты, цельно зерновые продукты
- Б) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
- В) молоко и кисломолочные продукты
- Г) хлеб и хлебобулочные изделия

305. КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО

- А) оссификации костей кистей обеих рук
- Б) годовой прибавке длины тела
- В) числу постоянных зубов
- Г) оссификации костей левой кисти

306. ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ MA2AX1P1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

- А) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке
- Б) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке
- В) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке
- Г) тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка

Критерии оценивания тестирования

Оценка	Описание
«Отлично»	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
«Хорошо»	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
«Удовлетворительно»	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
«Неудовлетворительно»	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

Второй этап. Оценка овладения практическими навыками.

Представляет оценку овладения выпускниками практическими навыками.

Оценка освоения практических навыков проводится на базе БУ ЧР «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Набор практических навыков для каждого обучающегося включает в себя: набор клинических, инструментальных, функциональных исследований по профилю специальности 31.08.19 Педиатрия, навыки проведения различных инструментальных манипуляций и навыки оказания неотложной помощи.

Перечень практических навыков и умений

1. Провести антропометрию ребенка, оценить физическое развитие с помощью таблиц ВОЗ.
2. Провести психометрическое обследование и оценить нервно-психическое развитие ребёнка раннего возраста.
3. Провести оценку состояния подкожно-жировой клетчатки (толщина подкожно-жирового слоя, распределение подкожно-жирового слоя, тургор мягких тканей).
4. Провести оценку состояния кожных покровов.
5. Провести осмотр и пальпацию головы (форма, состояние швов, состояние большого родничка (размеры, края)).
6. Измерить окружность грудной клетки с помощью сантиметровой ленты
7. Провести осмотр полости рта и зева. Оценить результат.
8. Провести обработку рук гигиеническим способом до и после осмотра ребёнка.
9. Провести взвешивание ребенка на медицинских весах с тарированием. Оценить результат.
10. Измерить рост ребёнка с помощью вертикального ростомера, оценить результат.
11. Измерить рост ребёнка первого года жизни с помощью горизонтального ростомера, оценить результат.
12. Измерить окружность грудной клетки с помощью сантиметровой ленты, оценить результат.
13. Провести аксиллярную термометрию.
14. Оценить безусловные рефлексы: поисковый, хоботковый, ладонно-ротовой.
15. Оценить безусловные рефлексы: защитный, рефлекс ползания, рефлекс Моро.
16. Оценить безусловные рефлексы: опоры, рефлекс автоматической ходьбы.
17. Провести оценку менингеальных знаков (симптом Брудзинского, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Хвостека)
18. Оценить половое развитие у ребёнка подросткового возраста
19. Сбор и оценка генеалогического анамнеза (построение генеалогического древа, оценка степени наследственной отягощённости).
20. Провести исследование мышечной системы.

Критерии оценки овладения практическими навыками

Оценка	Критерии
«Отлично»	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.
«Хорошо»	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.
«Удовлетворительно»	Ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем.
«Неудовлетворительно»	Ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических

	<p>знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их допуская грубые ошибки.</p>
--	---

К собеседованию допускаются ординаторы успешно прошедшие тестирование и сдачу практических навыков.

Третий этап. Собеседование по билетам, включающим 2 теоретических вопроса и ситуационную задачу.

Собеседование по специальности проводится в устной форме по билетам.

Перечень вопросов для собеседования

1. Неонатальные желтухи. Особенности билирубинового обмена у новорожденного ребенка. Прямой и непрямой билирубин, токсичность, механизмы детоксикации и элиминации билирубина. Лабораторный контроль состояния билирубинового обмена у новорожденного ребенка. Этиопатогенетические механизмы развития билирубиновой интоксикации. Ядерная желтуха.

2. Внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, краснуха, ЦМВИ, герпетическая, хламидийная, микоплазменная, стрептококковая В инфекции): этиопатогенез, клиника, лечение, антенатальная профилактика. Выделение новорожденных группы риска.

3. Локализованные гнойно-воспалительные заболевания подкожно-жировой клетчатки у новорождённых (абсцесс, некротическая флегмона), паранихии, панариции, гнойный мастит новорожденных, парапроктит, конъюнктивит, дакриоцистит и др. Предрасполагающие факторы, клиника, диагностика, лечение.

4. Физиология доношенного ребенка. Терминология, характеристика и определение живорождения, переносимости, доношенности, недоношенности, зрелости и незрелости. Новорожденные высокого риска. Особенности адаптации новорожденных.

5. Периоды детского возраста. Действие вредных факторов на развитие эмбриона и плода. Антенатальная охрана плода. Парафизиологические состояния периода новорожденности. Показатели младенческой смертности в РФ и Чувашской Республике.

6. Основы рационального вскармливания здоровых детей 0-1 лет. Национальная программа. Техника грудного кормления. Способы расчёта суточного объема питания. Потребности в пищевых ингредиентах и калориях. Сроки и техника введения прикормов.

7. Основы рационального вскармливания здоровых детей 0-1 лет. Национальная программа. Принципы осуществления искусственного и смешанного вскармливания. Формулы для здоровых и больных детей. Понятие о функциональном питании.

8. Основы рационального вскармливания больных детей 1-3 лет. Национальная программа питания детей 1-3 лет жизни. Потребность в пищевых ингредиентах. Режим питания, объем блюд. Значение пищевого разнообразия для формирования вкуса и аппетита.

9. Пищевая аллергия у грудных детей. Причины сенсibilизации к белкам молока животных. Диагностика пищевой аллергии. Клинические проявления. Профилактика.

10. Пищевая аллергия у грудных детей. Причины сенсibilизации к белкам молока животных. Диагностика пищевой аллергии. Клинические проявления. Лечение.

11. Хронические расстройства питания у детей: понятие об эйтрофии, гипотрофии, паратрофии, гипостатуре. Классификация, этиопатогенез. Характеристика различных форм расстройств трофики. ЗВУР. Принципы диетотерапии.

12. Анемии у грудных детей. Понятие о физиологической анемизации. ЖДА, группа риска, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Гемолитические и апластические анемии.

13. Анемии у детей. Гемолитические и апластические анемии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

14. Рахит. Кальципенические и Д-дефицитные состояния у детей грудного и раннего возраста. Национальная программа по профилактике и лечению Д-дефицитных состояний у детей и подростков.

15. Врожденные пороки сердца у детей. Клиника, показания к оперативной коррекции. Наблюдение за детьми в послеоперационном периоде на этапе детской поликлиники. Лечение сердечной недостаточности.

16. Микробно-воспалительные заболевания органов мочевой системы. Определение инфекции мочевыводящих путей. Пиелонефриты у детей: определение, этиопатогенез, классификация, клинические симптомы, лабораторные и инструментальные методы диагностики, дифференциальный диагноз, принципы лечения.

17. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Диагностика. Значение оценки экскреции кальция, фосфатов, уратов, оксалатов с суточной мочой. УЗИ почек для ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.

18. Гломерулонефриты. Определение хронического гломерулонефрита. Этиология, патогенез, классификация, клиника, морфологические варианты, лабораторные и инструментальные методы выявления. Показания к биопсии почек. Дифференциальный диагноз.

19. Лечение хронического гломерулонефрита. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Осложнения. Исходы. Прогноз.

20. Почечная недостаточность. ХБП. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология. Классификация. Стадии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Посиндромная терапия. Показания к почечно-заместительной терапии. Формулы для расчета СКФ. Ведение детей с 3-5 стадиями ХБП.

21. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с заболеваниями мочевой системы. Первичная и вторичная профилактика заболеваний мочевой системы, выделение детей групп риска. Реабилитация детей с заболеваниями мочевой системы, возможности санаторно-курортного лечения.

22. Заболевания верхних дыхательных путей. Острые заболевания придаточных пазух носа, возрастные особенности клинической картины. Диагностика, лечение, профилактика.

23. Заболевания верхних дыхательных путей. Острый тонзиллит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

24. Заболевания верхних дыхательных путей. Острый отит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

25. Заболевания верхних дыхательных путей. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

26. Заболевания верхних дыхательных путей. Острый эпиглоттит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

27. Заболевания нижних дыхательных путей. Бронхиты и бронхиолиты. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

28. Заболевания нижних дыхательных путей. Внебольничная пневмония. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.

29. Плевриты, как наиболее частое осложнение пневмоний: диагностика, современные возможности терапии. Особенности лечения пневмоний в домашних условиях и в условиях стационара. Реабилитация детей, перенесших острую пневмонию.

30. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания у детей. Пороки развития бронхолегочной системы у детей. Агенезия, аплазия, гипоплазия легких. Поликистоз легких. Аномалия ветвления трахеобронхиального дерева. Трахеобронхомегалия. Врожденная лобарная эмфизема. Синдром Вильямса-Кэмпбелла.

Легочная секвестрация (этиопатогенез, клинико-инструментальная диагностика, принципы лечения, диспансерного наблюдения, реабилитации).

31. Бронхиальная астма. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления приступного периода заболевания. Диагностические критерии для постановки диагноза. Принципы лечения и профилактики.

32. Антенатальная охрана плода. Мероприятия до и во время беременности по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка и новорожденного. Внутриутробное воспитание будущего ребенка. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний, неонатальный и аудиологический скрининг. Питание беременных.

33. Группы риска новорождённых и грудных детей. Критерии оценки здоровья новорожденных детей и факторы риска развития патологии. Первичная и вторичная профилактика заболеваний и функциональных отклонений.

34. Принципы организации амбулаторной помощи детскому населению: бесплатность и доступность медицинской помощи детскому населению. Участково-территориальный принцип. Принцип единого педиатра. Принцип активного патронажа. Принцип непрерывного наблюдения на всех этапах оказания медицинской помощи.

35. Принципы организации работы детской поликлиники. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники. Участковый принцип оказания медицинской помощи детям и подросткам; структура детской поликлиники, участка, численность детского населения. Функциональные обязанности участкового педиатра и медицинской сестры. Основные показатели, характеризующие деятельность детской поликлиники и участкового педиатра.

36. Вопросы профилактической педиатрии в работе с детьми раннего возраста. Организация работы отделения здорового ребёнка. Стандарты диспансерного наблюдения. Врачебный контроль за состоянием здоровья детей первого года жизни. Контроль за физическим и нервно-психическим развитием детей раннего возраста. Комплексная оценка состояния здоровья детей, определение групп здоровья, риска. Особенности их наблюдения на педиатрическом участке.

37. Дошкольно-школьное отделение детской поликлиники. Медицинские аспекты организованного детства и организационные формы профилактической работы в ДДУ. Роль детских дошкольных учреждений в воспитании здоровых детей. Дифференцированная подготовка детей к поступлению в ДДУ. Выделение детей группы риска по степени готовности к ДДУ и проведение их реабилитации. Оздоровление детей с отклонениями в состоянии здоровья в период подготовки к ДДУ и период адаптации. Врачебный контроль периода адаптации.

38. Актуальные проблемы школьной медицины и организационные формы медицинского обслуживания школьников. Медицинский контроль за режимом дня. Организация питания школьников. Показания к организации обучения детей на дому. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специальных школ. Функциональные обязанности школьного врача. Контроль за организацией в школьных учреждениях режима дня, питания, физического воспитания, закаливания.

39. Организация вакцинопрофилактики в детской поликлинике. Иммунопрофилактика. Противоэпидемическая работа со здоровыми детьми. Национальный календарь прививок. Классификация вакцин. Планирование прививочной работы. Подготовка к вакцинации. Противопоказания к вакцинации. Возможные реакции и осложнения на вакцинацию. Правовые аспекты вакцинации.

40. Диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и восстановительного лечения детей с хроническими заболеваниями в условиях поликлиники. Вопросы вторичной и третичной профилактики. Особенности диагностики и лечения хронических заболеваний у подростков. Показания к освобождению школьников от экзаменов. Экспертиза инвалидности в детском возрасте.

41. Воздушно-капельные инфекции. Корь. Клиника, диагностика, лечение. Карантинные мероприятия работа в очаге.

42. Воздушно-капельные инфекции. Ветряная оспа. Клиника, диагностика, лечение. Карантинные мероприятия в очаге.
43. Воздушно-капельные инфекции. Коклюш. Клиника, диагностика, лечение. Карантинные мероприятия в очаге.
44. Воздушно-капельные инфекции. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение. Карантинные мероприятия в очаге.
45. Дифференциальный диагноз инфекционных диарей. Критерии диагностики и лечения кишечных инфекций у детей. Вопросы реабилитации.
46. Паразитарные болезни. Лямблиоз. Клиника, диагностика, лечение. Диспансеризация. Критерии снятия с учета.
47. Лечение первичного инфекционного токсикоза (нейротоксикоза). Неотложная помощь при отеке мозга, судорожном синдроме, ДВС-синдроме.
48. Энцефалиты и энцефалические реакции при инфекционных заболеваниях.
49. Гельминтозы. Клиника гельминтозов. Особенности гельминтозов Дальнего Востока в зависимости от морфологии гельминтов.
50. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного: понятие, причины. Оценка степени тяжести по шкале Сильверман. Неотложная помощь.
51. Пневмонии новорожденных: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения. Особенности пневмонии у недоношенных детей.
52. Синдром рвот и срыгиваний у новорожденных: причины, клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы лечения, профилактика.
53. Классификация желтух новорожденных детей. Критерии дифференциального диагноза.
54. Конъюгационные гипербилирубинемии новорожденных. Клинические формы. Дифференциальный диагноз. Лечение.
55. Гемолитическая болезнь новорожденных: этиопатогенез, клинические формы, осложнения, диагноз. Лечение и профилактика.
56. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, лечение, неотложная помощь.
57. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного (цитомегалия, токсоплазмоз). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
58. Внутриутробная инфекция (хламидиоз). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
59. Сепсис новорожденных: этиология, классификация, клиника, лечение. Особенности клиники и течения сепсиса у недоношенных детей.
60. Задержка внутриутробного развития плода. Классификация, клиника. Принципы лечения. Антенатальная профилактика.
61. Понятие об эмбриопатии, фетопатии. Действие вредных факторов (промышленные вредности, алкоголь, наркотические вещества, медикаменты) на развитие эмбриона и плода.
62. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных детей. Этиопатогенез, клинические синдромы. Диагностика, принципы лечения.
63. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах. Пограничные (переходные) состояния новорожденных. Клинические проявления, тактика ведения.
64. Внутриутробная инфекция (сифилис). Клиника, диагностика, лечение.
65. Внутриутробная родовая травма. Особенности клинических проявлений. Методы диагностики, принципы лечения.
66. Естественное вскармливание. Особенности состава грудного молока, преимущества естественного вскармливания. Основные положения декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания". Сроки и техника введения пищевых добавок и прикормов.
67. Техника и правила вскармливания новорожденного ребенка. Первое прикладывание к груди. Противопоказания к раннему прикладыванию новорожденного к

груди и проведению естественного вскармливания. Расчет суточного объема питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко.

68. Искусственное вскармливание детей: понятие, показания к назначению. Классификация смесей. "Гарантийное" коровье молоко. Цели адаптации коровьего молока, используемого для приготовления смесей. Сроки введения пищевых добавок и прикормов.

69. Смешанное вскармливание: понятие, показания к назначению. Правила введения докорма. Гипогалактия: понятие, причины, классификация, меры профилактики и лечение.

70. Питание здоровых детей старше года. Потребность в белках, жирах, углеводах и калориях.

71. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Закономерности нервно-психического развития детей. Методы оценки.

72. Хронические расстройства питания: понятие, классификация. Гипотрофия у детей: этиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.

73. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Гипервитаминоз Д: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика.

74. Рахит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

75. Синдром спазмофилии: клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

76. Тубулопатии (фосфат-диабет, синдром Фанкони-Дебре-деТони). Понятие первичной и вторичной тубулопатии. Клиника, диагностика, принципы лечения.

77. Атопический дерматит: этиопатогенез, классификация. Клинико-диагностические критерии. Особенности диеты. Наружная и медикаментозная терапия. Профилактика.

78. Аномалии конституции. Лимфатический диатез. Клинические проявления, диспансеризация.

79. Особенности состава периферической крови у детей первого месяца жизни. Анемия недоношенных детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Профилактика поздней железодефицитной анемии.

80. Железодефицитные анемии у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

81. Гемофилия у детей: классификация, клиника, диагностика, лечение. Неотложная помощь при кровотечениях.

82. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха): этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

83. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа): классификация, этиология, патогенез, клиника, лечение.

84. Гемолитические анемии у детей: клиника, диагностика наследственного микросфероцитоза (анемия Минковского-Шоффара).

85. Острый лейкоз: классификация, клиника, диагностика.

86. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) у детей. Причины, патогенез. Стадии синдрома ДВС. Клинические и лабораторные признаки стадий гиперкоагуляции, коагулопатии потребления и восстановления гемостаза. Лечение.

87. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Нарушение сердечного ритма (пароксизмальная тахикардия): клиника, неотложная помощь.

88. Ревматоидный артрит: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.

89. Узелковый периартериит: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.

90. Острая ревматическая лихорадка у детей: этиология, патогенез, классификация. Особенности течения ревматизма на современном этапе.

91. Острая ревматическая лихорадка у детей: клиника, диагностические критерии. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
92. Болезнь Рейтера: этиология, клиника, диагностика, лечение.
93. Неревматические кардиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
94. Вегетативные дистонии в детском возрасте: классификация, основные клинические проявления и лечение.
95. Перикардиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
96. Системная красная волчанка: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
97. Клиника и диагностика врожденных пороков сердца с обеднением малого круга кровообращения. Неотложная помощь при одышно-цианотическом приступе.
98. Врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения (дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток). Проявления в раннем детском возрасте. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
99. Острая сердечная недостаточность: классификация, причины развития, клиника, лечение.
100. Хроническая сердечная недостаточность: причины, классификация, клиника, лечение. Сердечные гликозиды: дозировка, возможные осложнения.
101. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Методы исследования органов дыхания. Острый (простой) бронхит у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
102. Стенозирующий ларинготрахеит: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника.
103. Стенозирующий ларинготрахеит: дифференциальная диагностика, лечение на догоспитальном и госпитальном этапах.
104. Острый обструктивный бронхит, бронхиолит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
105. Внутрибольничные пневмонии у детей: этиология, патогенез, характер осложнений, лечение.
106. Наследственная патология обмена: мукополисахаридоз, фенилкетонурия. Клиника, диагностика. Неонатальный скрининг (Приказ МЗ РФ № 185 от 2006 г.).
107. Бронхиальная астма: определение, этиопатогенез. Критерии тяжести.
108. Бронхиальная астма: клиника, диагностика, базисная терапия.
109. Приступный период бронхиальной астмы: клиника, неотложная помощь.
110. Поллинозы: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение.
111. Анафилактический шок: причины, клиника, неотложная помощь.
112. Анатомо-физиологические особенности кишечника у детей. Неспецифический язвенный колит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение.
113. Хронический энтероколит: этиология, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.
114. Холециститы у детей: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
115. Панкреатиты у детей: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
116. Нормальная микрофлора кишечника. Понятие о дисбиозе кишечника. Клинико-микробиологическая характеристика, принципы лечения, профилактика.
117. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
118. Хронический гастрит и гастродуоденит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
119. Дискинезии желчевыводящих путей у детей: этиология, патогенез,

клинические формы, лечение.

120. Синдром мальабсорбции у детей: клиника, диагностика и лечение целиакии, лактазной недостаточности.

121. Муковисцидоз: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Неонатальный скрининг (Приказ МЗ РФ № 185 от 2006 г.).

122. Острый постинфекционный гломерулонефрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Вопросы профилактики и диспансеризации больных с острым гломерулонефритом.

123. Хронический гломерулонефрит: патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клиника основных форм хронического гломерулонефрита. Принципы терапии, профилактика и диспансеризация.

124. Хронический пиелонефрит: клиника, диагностика, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

125. Наследственный нефрит: синдром Альпорта. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь.

126. Острая почечная недостаточность: причины, клиническая картина, диагностика, неотложная помощь.

127. Хроническая почечная недостаточность (ХПН): причины, стадии ХПН. Клиника, диагностика, принципы лечения.

128. Неотложная помощь при утоплении, солнечном ударе, электротравме.

129. Острые экзогенные отравления: общие принципы лечения. Отравление парацетамолом, салицилатами, препаратами железа. Неотложная помощь.

130. Гипертермический синдром у детей: причины, клиника, неотложная помощь.

131. Судорожный синдром: причины, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.

132. Сахарный диабет I типа: этиология, патогенез, клиника, принципы лечения.

133. Сахарный диабет: гипогликемическая кома. Причины возникновения. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия.

134. Кетоацидотическая кома: клиника, диагностика, неотложная помощь.

135. Экзогенно-конституциональное ожирение у детей: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

136. Патология роста. Классификация задержки роста у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика цереброгипофизарного нанизма. Принципы лечения.

137. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

138. Гипотиреоз: классификация, клиника, диагностика, лечение. Неонатальный скрининг (Приказ МЗ РФ № 185 от 2006 г.).

139. Врожденная дисфункция коры надпочечников: клинические формы, диагностика, лечение. Неотложная помощь при острой надпочечниковой недостаточности. Неонатальный скрининг (Приказ МЗ РФ № 185 от 2006 г.).

140. Дифтерия: этиология, эпидемиология, специфическая и неспецифическая профилактика, мероприятия в очаге. Приказ МЗ РФ № 36 от 03.02.1997 г.

141. Менингококковая инфекция: этиология, эпидемиология, классификация, лечебно-организационная тактика врача на догоспитальном этапе.

142. Менингококковая инфекция, инфекционно-токсический шок: патогенез, клиника, принципы лечения.

143. Грипп: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дополнительные синдромы, дифференциальная диагностика.

144. Аденовирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дополнительные синдромы, дифференциальный диагноз.

145. ОРВИ: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

146. Вирусный гепатит А: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, биохимическая диагностика.

147. Вирусный гепатит В: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, маркерная диагностика в динамике. Активная иммунизация.
148. Вирусный гепатит, фульминантная форма: этиология, патогенез, клинико-биохимическая характеристика по стадиям, принципы лечения.
149. Вирусный гепатит хронический: этиология, классификация, патогенез, морфология, клиника, принципы лечения.
150. ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, профилактика.
151. ВИЧ-инфекция: клиническая характеристика по стадиям, клинические варианты СПИД – фазы, особенности у детей раннего возраста, клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения.
152. Дизентерия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника в зависимости от тяжести и возраста, диагностика, лечение.
153. Эшерихиозы: этиология, эпидемиология, патогенез и клиническая характеристика энтеропатогенной и энтероинвазивной форм. Дифференциальный диагноз.
154. Эшерихиозы: этиология, эпидемиология, патогенез и клиническая характеристика энтеротоксической и энтерогеморрагической форм. Дифференциальный диагноз.
155. Ротавирусная инфекция: этиология эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
156. Сальмонеллезы: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника локализованных и генерализованных форм.
157. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой (стафилококк, кампилобактер, протей): клинические варианты, диагностика, лечение.
158. Кишечный токсикоз с эксикозом: патогенез, клиника в зависимости от степени и типа обезвоживания.
159. Острые кишечные инфекции: диетотерапия и оральная регидратация.
160. Острые кишечные инфекции: принципы парентеральной регидратации при кишечном токсикозе с эксикозом в зависимости от степени и типа обезвоживания.
161. Острые кишечные инфекции: этиотропная и симптоматическая терапия, профилактика, диспансеризация.
162. Полиомиелит: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника спинальной и понтинной форм, лечение, профилактика.
163. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, общая симптоматология, диагностика.
164. Энтеровирусная инфекция: клиника герпангины, мезаденита, экзантемы, энцефаломиокардита, миалгии малой болезни. Принципы лечения.
165. Скарлатина: этиология, эпидемиология, три линии патогенеза, классификация, мероприятия в очаге.
166. Скарлатина: клинические формы, осложнения, дифференциальный диагноз, лечение.
167. Краснуха: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, постнатальной краснухи. Патогенез, клиника и профилактика врожденной краснухи.
168. Коклюш: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
169. Инфекционный мононуклеоз: этиология, эпидемиология, патогенез, лечение и профилактика.
170. Ветряная оспа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
171. Иерсиниозная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
172. Иксодовый клещевой боррелиоз: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение. Профилактика клещевого энцефалита.

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача 1

На приёме у врача участкового педиатра мать с ребёнком 4 месяцев. Жалобы на приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления, жидкий стул.

Из анамнеза заболевания: у ребёнка с 1 месяца жизни отмечается частый водянистый пенистый стул с кислым запахом, примесью слизи и зелени, периодически беспокоят приступы кишечной колики, которые в последнее время носят интенсивный характер, участились срыгивания, возникающие после каждого кормления.

Анамнез жизни: ребёнок от третьей беременности, протекающей на фоне угрозы прерывания в 12 недель, ОПГ - гестоза во второй половины беременности. Роды вторые, срочные в 38 недель, масса тела при рождении – 3450 г, длина – 52 см. Период новорождённости без особенностей. Наблюдается у врача-невролога с диагнозом «Перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) смешанного генеза». С рождения находится на искусственном вскармливании, получает смесь «Малютка 1».

Объективное обследование: масса тела – 5060 г, длина – 57 см, температура тела – 36,6°С, ЧСС – 120 ударов в минуту, ЧД – 36 в минуту. Общее состояние средней тяжести, обусловленное диспептическим синдромом. Ребёнок активный. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Дыхание через нос свободное, периферические лимфатические узлы не увеличены. Над лёгкими перкуторно – лёгочной звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум. Живот округлой формы, вздут, при пальпации «урчание» по ходу кишечника. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул сегодня 2 раза жидкий, пенистый с кислым запахом. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план обследования пациента.
4. Коррекция питания ребёнка. Ваши рекомендации по введению прикорма.
5. Схема коррекции данного заболевания у детей на естественном вскармливании.

Ситуационная задача 2

На приёме Мать с мальчиком 6 месяцев. Обратилась с целью прохождения планового диспансерного осмотра. Известно, что ребёнок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре. Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем. После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика?
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
3. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?
4. Укажите варианты должностной массы тела мальчика в 6 месяцев.
5. Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 6 месяцев.
6. Составьте меню на 1 день и обоснуйте назначение продуктов прикорма.

Ситуационная задача 3

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке. Фактическая масса ребёнка - 4000 г. Масса при рождении - 3400 г, длина - 52 см. Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте должностную массу тела для данного ребёнка на момент

осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.

2. Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.

3. Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.

4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.

5. Дайте рекомендации матери по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

Ситуационная задача 4

На профилактическом приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев. Жалоб нет.

Ребёнок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной 52 см. Период новорождённости без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела - 7000 г. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При объективном осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледнорозовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД - 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см изпод края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочевыделение не нарушено.

Общий анализ мочи: рН – слабо кислая; белок – 0,033%; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма – 24–3 пг).

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести врачу-педиатру участковому для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.

3. Нуждается ли ребёнок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.

4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.

5. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребёнок?

Ситуационная задача 5

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску.

Анамнез жизни: ребёнок от пятой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонией, анемией; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела – 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2 недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен

врачом-неврологом и врачом-педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на приём не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.

Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери, контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок – 3 см × 2,5 см, несколько напряжён, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина – 59 см, масса тела – 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
4. Подлежит ли ребёнок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок этому ребёнку до 2 лет.
5. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

Ситуационная задача 6

На приёме мать с мальчиком 1 года. Ребёнок от второй беременности; вторых срочных родов, молодых здоровых родителей. Масса при рождении – 3600; рост – 55 см. Находится на естественном вскармливании. Прикормы введены по возрасту. Нервно-психическое развитие: отзывается на имя, пьёт из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 облегчённых слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно. До года привит по календарю. Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год. Зубов – 8, зубная формула правильная.

В общем анализе крови со стороны красной крови гемоглобин – 104 г/л, $er 4,41 \times 10^{12}/л$, МСН 22 пг, МСV 68 фл.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие.
2. Составьте план вакцинации на 2 году жизни.
3. Оцените резистентность у данного ребёнка.
4. Обоснуйте предварительный диагноз. Назначьте дополнительное обследование и лечение.
5. Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача 7

Во время профилактического осмотра ребёнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При сборе анамнеза стало известно: мать – студентка 19 лет; ребёнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мать отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание ребёнка однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю. Другие продукты предпочитают ему не давать. На таком питании отмечались высокие прибавки в весе. Гуляют редко.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с

2 месяцев – смесь «Малютка 1», с 6 месяцев – цельное коровье молоко по причине материальных затруднений в семье, злаковый прикорм начали вводить с 5 месяцев, мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев. В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост – 78 см, масса – 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: E_r – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 89 г/л, МСН 21 пг, МСV 70 фл, ретикулоциты 0,5%. В мазках крови: E_r бледной окраски, микро- и анизоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его. Каковы критерии оценки проводимого лечения?
5. Через 10 дней приёма лекарственного препарата E_r – $4,0 \times 10^{12}/л$, H_b – 95 г/л, ретикулоциты – 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 8

На амбулаторном приёме мать с мальчиком 7 месяцев.

Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией с 24 недель, от вторых физиологических родов. Мать ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении – 3200 г, длина тела – 52 см, привит по календарю.

Социальный анамнез: Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная. Наследственность не отягощена.

В общем анализе крови в возрасте 6 месяцев со стороны красной крови: гемоглобин – 115 г/л, E_r – $4,5 \times 10^{12}/л$, МСН 27 пг, МСV 80 фл.

В 6 месяцев мать стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребёнка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мать докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При объективном осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон спокойный. Аппетит хороший. По внутренним органам без патологии.

Масса – 8700 г (5), длина – 70 см (6).

Большой родничок – $1,0 \times 0,8$ см, зубов – 4 (2 верхних и 2 нижних).

Оценка НПР:

Др – длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

До – сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Ра – подолгу лепечет;

Рп – на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»);

Н – ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьёт из чашки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок?
6. Какие обследования необходимо назначить данному ребёнку?

Ситуационная задача 9

Мать с ребёнком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребёнка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 4-5 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатового цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребёнок перенёс острую кишечную инфекцию, со слов матери «в лёгкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

При осмотре на приёме общее состояние удовлетворительное, ребёнок активен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. ЧСС - 118 ударов в минуту, ЧД - 27 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации урчит. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 2,5 см, без болезненной реакции на пальпацию, эластичный. Пальпируется край селезёнки. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребёнка.
2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребёнка с учетом жалоб? Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 10 месяцев.
3. Составьте меню на 1 день.
4. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребёнка в 10 месяцев.

Ситуационная задача 10

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит.

Ребёнок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$;

цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лейкоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, МСН – 22 пг, МСV – 72 фл.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребёнка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения. Каковы критерии эффективности проводимого лечения?

Ситуационная задача 11

Девочка 9 лет, со слов матери, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер. Объективный статус.

При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объёме, печень +3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка +2,0 см. Печень плотная, край закруглён.

Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +. Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отрицательный, жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, ЩФ – 38,4 Ед/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0 мл, тимоловая проба – 14 ед., АлАТ – 128 Ед/л, АсАТ – 200 Ед/л. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBsAg класса IgG и УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ситуационная задача 12

У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна.

Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%,

сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденума очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
5. Подберите необходимую диету для больного.

Ситуационная задача 13

Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка в физическом развитии (масса тела – 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Дополнительные данные исследования по cito: общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час; общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.

4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?

Ситуационная задача 14

На амбулаторном приёме девочка 7 месяцев. Мать жалуется на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул у ребёнка. Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом 51 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Первый прикорм введён в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: приём пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный, со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (Энтерофурил, Ампициллин), Смекту, Бифидумбактерин без эффекта. Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких дыхание пуэрильное. ЧД – 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочевыделение не нарушено.

В общем анализе крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. – 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 30%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1012, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, слизь – немного. В биохимическом анализе крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, АлТ – 21 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 АУ/мл; Анти IgG – 10 АУ/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ситуационная задача 15

На приёме у врача-педиатра участкового девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении – 3200 г, рост – 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии – гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии – хронический холецистит, у отца – язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение (Алмагель, Мезим форте) с непродолжительным положительным эффектом. При осмотре: рост – 140 см, масса – 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожножировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов

нет. ЧДД – 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС – 62-80 в 1 минуту. АД – 95/60 мм рт.ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край закруглён. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии. Общий анализ крови: эритроциты – $4,61 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, гематокрит – 37,6, лейкоциты – $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 40%, моноциты – 7%, СОЭ – 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: АлТ – 19 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, об. белок – 70 г/л, амилаза – 29 е/л, об. билирубин – 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин – 1,4 мкмоль/л, ЩФ – 460 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, цвет – св. жёлтый, прозрачность полная, уд. вес – 1007, белок – нет, эп. клетки – 1-0-1 в п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты – 0, соли – оксалаты, слизь – отр., бактерии – отр. ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ. Печень: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь: 60×20 мм (норма – 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа: контур ровный, чёткий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело – 15 мм (норма), хвост – 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ситуационная задача 16

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с девочкой 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, которые купируются самостоятельно или после приёма Корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснилось наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли беспокоят редко, преимущественно к вечеру, купируются после приёма анальгетиков (Нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает. Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость, начались конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю. Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерном учёте не состояла. Мать ребёнка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации в положении лёжа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС – 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС – 92 в

минуту, сердечные шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД – 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств, слов пациентки, не отмечается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Ситуационная задача 17

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит. Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом – отрицательный. Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(В) степени)».

Вопросы:

1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.
3. Почему из прокинетики выбран Домперидон, а не Метоклопрамид?
4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить Висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.
5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

Ситуационная задача 18

На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 4 лет. Мать предъявляет жалобы на запоры у ребёнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднён, ребёнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мать делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приёмом пищи, аппетит избирательный, снижен. Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учёте у врача-невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 102 см, масса - 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налётом. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Общий анализ крови: WBC – $7,5,0 \times 10^9$ /л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час. В копрограмме: неперевариваемая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь. УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте индивидуальный план лечения пациента.
4. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.
5. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.

Ситуационная задача 19

Мать с девочкой 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°C в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж у ребёнка. Анамнез: девочка больна в течение последних трёх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела – 37,7°C. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС – 84 удара в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Печень на 1см выступает из-под рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите показания к госпитализации данного пациента.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара.
3. Уточните и обоснуйте поставленный Вами диагноз с учётом полученных данных проведенного дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – 12×10^9 /л (палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, моноциты – 10%, лимфоциты – 14%), тромбоциты - 210×10^9 /л, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар – отрицательные, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены. Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс - 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины α_1 - 8%, α_2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевины - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150). Высев из зева β -гемолитического стрептококка группы А >103 КОЭ/мл. Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация +; лёгочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие: не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардального выпота: нет.
4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.
5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики данного заболевания у пациента после выписки из стационара.

Ситуационная задача 20

Мать с девочкой 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул у ребёнка. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась. От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы. Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Критерии оценки собеседования

Оценка	Критерии
«Отлично»	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы.
«Хорошо»	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
«Удовлетворительно»	Ординатор показывает частичное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета.
«Неудовлетворительно»	Ординатор не показывает освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

Общий результат государственной итоговой аттестации выставляется по результатам собеседования с учетом результатов двух предыдущих этапов.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

6.1. Основная литература

1. Аккредитация по педиатрии : типовые ситуационные задачи : [учебное пособие по специальности 31.05.02 "Педиатрия"] / авт. Р. Р. Кильдиярова [и др.]. ; под ред. Р. Р. Кильдияровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 375 с. : ил. (РНМБ – 2)
2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи : стандарты / сост. А. С. Дементьев [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. - 478 с. : табл. - (Стандарты медицинской помощи) (РНМБ – 2)
3. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия у детей : учебник / С. М. Степаненко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. - 240 с. (РНМБ – 2; НБ ЧР - 1)
4. Бегайдарова Р. Х. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей [Электронный ресурс] : учебное пособие / Р. Х. Бегайдарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 140 с.- Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431139.html>
5. Вейнберг С. Детская дерматология : атлас / С. Вейнберг, Н. Проуз, Л. Кристал ; пер. с англ. под ред. Н. Н. Потекаева, А. Н. Львова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 336 с. (РНМБ - 2)
6. Детская гематология : клинические рекомендации / ред.: А. Г. Румянцев, А. А. Масчан, Е. В. Жуковский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. (РНМБ -1)
7. Детская дерматовенерология : учебник : [по специальностям 31.05.02 "Педиатрия", 31.05.01 "Лечебное дело" / И. А. Горланов [и др.]. ; ред. И. А. Горланов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 506 с. (РНМБ - 1)
8. Детская хирургия : учебник : для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по направлениям подготовки 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия", 32.05.01 / М. П. Разин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 682 с. (НБ ЧР - 1)
9. Детская эндокринология : учебник : [по специальностям 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия"] / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. : ил., табл. (РНМБ - 1)
10. Детские болезни : учебник : [для среднего, высшего, дополнительного профессионального образования по специальности "Лечебное дело" / Р. Р. Кильдиярова, М. Ю. Денисов, В. И. Макарова [и др.] ; под ред. Р. Р. Кильдияровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 832 с. (РНМБ - 2)
11. Дружинина Н. А. Недостаточность питания в детском возрасте : руководство по диагностике и лечению / Н. А. Дружинина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 159 с. (НБ ЧР – 1)
12. Жила Н. Г.. Диагностика заболеваний и повреждений костно-суставного аппарата у детей: учебное пособие по курсу «Педиатрия», по разделу дисциплины «Детская хирургия» / Н. Г. Жила, В. В. Леванович, И. А. Комиссаров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 96 с. (РНМБ – 1)
13. Запруднов А. М. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР - 1)
14. Иммунотропные препараты в практике педиатра и неонатолога : учебное пособие для врачей / АУ ЧР "Институт совершенствования врачей" ; сост.: И. Е. Иванова, В. А. Родионов ; ред. Н. Х. Жамлиханов. - 2-е изд., испр. и доп. - Чебоксары : АУ Чувашии ИУВ, 2015. - 149 с. (РНМБ – 2; НБ ЧР - 2)
15. Кардиология детского возраста / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозерова, Л. В. Брегель. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2014. – 784 с. (НБ ЧР – 2)
16. Кильдиярова Р. Р. Педиатрия. История болезни : учебное пособие / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Р. М. Файзуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 96 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР - 1)

17. Кильдиярова Р. Р. Физикальное обследование ребенка : учебное пособие : [для вузов по специальности "Педиатрия"] / Р. Р. Кильдиярова, Ю. Ф. Лобанов, Т. И. Легонькова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. : ил. (РНМБ - 1)
18. Неонатология: тестовые вопросы / Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, АУ ЧР "Институт усовершенствования врачей". - 2-е изд., испр. и доп. - Чебоксары : АУ Чувашии ИУВ, 2016. - 75 с. (РНМБ - 2)
19. Неотложная педиатрия : национальное руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Б. М. Блохин [и др.] ; под ред. Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 832 с. : ил., табл., 8 л. цв. ил. - (Национальные руководства) (РНМБ - 2)
20. Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие : [для вузов по специальности 31.08.19 "Педиатрия"] / С. М. Безроднова [и др.] ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. (РНМБ - 2)
21. Педиатрия : тестовые вопросы / ГАУ ЧР ДПО "Ин-т усовершенствования врачей". - 4-е изд., испр. - Чебоксары : ИУВ, 2017. - 86 с. (НБ ЧР - 2)
22. Педиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. (РНМБ - 2)
23. Пропедевтика детских болезней : учебник : [по специальности 31.05.02 "Педиатрия" по дисциплине "Пропедевтика детских болезней" / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Ю. И. Лобанов [и др.] ; под ред. Р. Р. Кильдияровой, В. И. Макаровой. - 2-е изд., испр. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 520 с. : ил. (РНМБ - 1)
24. Самсыгина Г. А. Кашель у детей: клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 171 с. (РНМБ - 1)
25. Ультразвуковая диагностика при диспансеризации детей в практике участкового педиатра: учебное пособие для врачей / Министерство здравоохранения Чувашской Республики, АУ ЧР "Институт усовершенствования врачей" Минздравсоцразвития Чувашии ; авт.-сост.: И. Е. Иванова, А. А. Трефилов. - Чебоксары : ГАУ ДПО "ИУВ", 2016. - 128 с. (РНМБ - 2; НБ ЧР - 2)
26. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник для мед. вузов по спец. "Педиатрия" / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 799 с. (РНМБ - 1)
27. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): практическое руководство в 2-х томах / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. (РНМБ - 1)
28. Цыбулькин Э. К. Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь : монография / Э. К. Цыбулькин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с. : ил., табл. - (Библиотека непрерывного медицинского образования) (РНМБ - 1)
- Шабалов Н. П. Неонатология : учебное пособие : В 2-х т. Т. 1 / Н. П. Шабалов ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с. : ил., табл. (РНМБ - 1)
29. Шабалов Н. П. Неонатология : учебное пособие : В 2-х т. Т. 2 / Н. П. Шабалов ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 736 с. : ил., табл. (РНМБ - 1)
30. Шабалов Н. П. Неонатология : учебное пособие для общеобразовательных учреждений, реализующих образовательные программы высшего образования по специальности "Педиатрия" : В 2-х т. / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 (НБ ЧР - 1)
31. Шайтор В. М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. (РНМБ - 2)
32. Эндоскопическая хирургия в педиатрии : руководство для врачей / А. Ю. Разумовский [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 604 с. : ил. (РНМБ - 1)

6.2. Дополнительная литература.

1. Бельмер С. В. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей : принципы диагностики и лечения (в свете Римских критериев IV) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печуров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. : рис., табл. - (Библиотека врача-специалиста Гастроэнтерология. Педиатрия) (РНМБ - 1)
2. Болезнь Гиршпрунга у детей : руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. А. Ю. Разумовского, А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова, В. В. Холодовой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-4887-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448878.html>
3. Детская гастроэнтерология: практическое руководство / М. Б. Белогурова [и др.] ; ред. И. Ю. Мельникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с. : табл., рис. - (Библиотека врача-специалиста. Гастроэнтерология) (РНМБ - 1)
4. Детская нейрохирургия : клинические рекомендации / Е. В. Андреева [и др.] ; ред.: С. К. Горельшев, В. А. Хачатрян, Ж. Б. Семенова ; Научное общество по детской нейрохирургии (Москва). - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. (РНМБ - 1)
5. Иванова И. Е. Заболевания поджелудочной железы у детей. Клиника, диагностика, лечение : учебное пособие / И. Е. Иванова, А. А. Трефилов ; ред. И. Н. Егорова, АУ ЧР "Институт усовершенствования врачей". - Чебоксары : АУ Чувашии ИУВ, 2014. - 116 с. (РНМБ - 2)
6. Кильдиярова Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия : справочное пособие / Р. Р. Кильдиярова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 375, [9] с. : табл. (РНМБ - 1)
7. Кильдиярова Р. Р. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра : производственно-практическое издание / Р. Р. Кильдиярова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - (Библиотека врача-специалиста Педиатрия) (РНМБ - 1)
8. Кильдиярова Р. Р. Педиатру на каждый день : руководство / Р. Р. Кильдиярова. - 10-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. : ил., табл. - (Библиотека врача-специалиста Педиатрия) (РНМБ - 1)
9. Кильдиярова Р. Р. Питание здорового ребенка : руководство / Р. Р. Кильдиярова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста. Педиатрия) (РНМБ - 2)
10. Кильдиярова Р. Р. Руководство по антимикробной терапии в педиатрии : руководство / Р. Р. Кильдиярова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. (РНМБ - 2)
11. Кильдиярова Р. Р. Справочник врача-педиатра : справочное издание / Р. Р. Кильдиярова, М. Б. Колесникова. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. (РНМБ - 2)
12. Лихорадка у детей = Clinical manual of fever in children : руководство / ред.: А. Саиба Эль-Радхи, Дж. Кэрролла, Н. Клейна ; пер. с англ. В. К. Таточенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 400 с. : табл. (РНМБ - 1)
13. Неонатология : национальное руководство : (краткое издание) / А. Г. Антонов [и др.] ; гл. ред. Н. Н. Володин ; ред.: Е. Н. Байбарина, Г. Н. Буслаева, Д. Н. Дегтярев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с. : табл., 4 л. ил. - (Национальные руководства) (РНМБ - 2)
14. Петросян Э. К. Детская нефрология. Синдромный подход : монография / Э. К. Петросян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с. - (Библиотека врача-специалиста Педиатрия, нефрология) (РНМБ - 2)
15. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник / А.С. Калмыкова [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. (РНМБ - 1)
16. Попова О. П. Современные аспекты коклюша у детей : монография / О. П. Попова, А. В. Горелов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 192 с. : ил., табл. - (Библиотека врача-специалиста. Педиатрия) (РНМБ - 1)
17. Руководство участкового педиатра : руководство / В. Н. Шестакова [и др.] ; ред. Т. Г. Авдеева. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. : рис., табл. - (Библиотека врача-специалиста. Педиатрия) (РНМБ - 2)

18. Самсыгина Г. А. Кашель у детей : клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. : табл. - (Библиотека врача-специалиста Педиатрия, пульмонология, оториноларингология) (РНМБ - 1)
19. Самсыгина Г. А. Острые респираторные заболевания у детей : монография / Г. А. Самсыгина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. : ил., табл. - (Библиотека врача-специалиста Иммунология. Оториноларингология. Педиатрия) (РНМБ - 2)
20. Самсыгина Г. А. Пневмонии у детей : руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с. - (Библиотека врача-специалиста Педиатрия) (РНМБ - 1)
21. Цыбульский Э. К. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения : монография / Э. К. Цыбульский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. : ил., табл. - (Библиотека врача-специалиста) (РНМБ - 1)
22. Шайтор В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 320 с. (РНМБ - 2)

6.3. Нормативные документы

1. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе II типа (ферментная заместительная терапия): Приказ Минздрава России от 29.12.2018 N 952н (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2019 N 53529) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).
2. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при незавершенном остеогенезе (консервативное лечение) : Приказ Минздрава России от 29.12.2018 N 954н (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2019 N 53527) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).
3. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при дефекте в системе комплемента (консервативное лечение) : Приказ Минздрава России от 29.12.2018 N 955н (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2019 N 53528) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).
4. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при детском церебральном параличе : Приказ Минздрава России от 15.06.2015 N 340н (Зарегистрировано в Минюсте России 09.07.2015 N 37947) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).
5. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) : Приказ Минздрава России от 02.02.2015 N 30н (Зарегистрировано в Минюсте России 10.04.2015 N 36819) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).
6. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение) : Приказ Минздрава России от 02.02.2015 N 31н (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36150) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019).

6.4. Электронные ресурсы

1. Вопросы современной педиатрии : Научно-практический рецензируемый журнал. – URL : <https://vsp.spr-journal.ru/jour> - (Дата обращения: 11.06.2019).
2. Клинические рекомендации / Союз педиатров России. - Текст : электронный – URL : <http://www.pediatr-russia.ru/news/recomend> - (Дата обращения: 11.06.2019).
3. Консультант врача : электронная медицинская библиотека. – URL : http://www.rosmedlib.ru/kits/mb3/med_tbooks/med_spec-esf2k2z11-select-0027.html - (Дата обращения: 11.06.2019).
4. КонсультантПлюс: справочно-правовая системаю – URL : <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=home;rnd=0.24535095028573206> - (Дата обращения: 11.06.2019).

5. Научная электронная библиотека. – URL: <http://elibrary.ru> - (Дата обращения: 11.06.2019).
6. Об утверждении профессионального стандарта "Врач - детский кардиолог" : Приказ Минтруда России от 14.03.2018 N 139н (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2018 N 50592) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система]. - (Дата обращения: 11.06.2019). - (Дата обращения: 11.06.2019).
7. Педиатрия: журнал им. Г.Н. Сперанского. – URL: <http://www.pediatrjournal.ru> - (Дата обращения: 11.06.2019).
8. Российский педиатрический журнал - научно-практический журнал. – URL : <http://www.medlit.ru/journalsview/pediatrics> - (Дата обращения: 11.06.2019).
9. Руконт: национальный цифровой ресурс. – URL : <http://rucont.ru/> - (Дата обращения: 11.06.2019).
10. Федеральная электронная медицинская библиотека. – URL : <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/> - (Дата обращения: 11.06.2019).