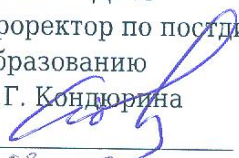


Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «**Новосибирский государственный медицинский университет**»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России)

Принят решением
КМС ПДО
«02» 03 2015 г.
Протокол № 85

УТВЕРЖДАЮ
проректор по постдипломному
образованию
Е.Г. Кондюрина

«03» 03 2015 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.19 «ПЕДИАТРИЯ»



Новосибирск 2015

Содержание

1. Пояснительная записка	1
2. Цель и задачи	2
3. Требования к результатам освоения основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия»	2
4. Программа государственного экзамена по специальности	4
5. Оценочные средства результатов освоения основной образовательной профессиональной программы ФГОС ВО - программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия»	8
6. Учебно-методическое и информационное обеспечение основной образовательной профессиональной программы ФГОС ВО - программы ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации)	58
7. Материально-техническое обеспечение Государственной итоговой аттестации	60

1. Пояснительная записка

Программа разработана в соответствии с: Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры", ФГОС ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия», Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по программам подготовки ординатуры/интернатуры, утвержденного решением Учёного совета ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России, Уставом Университета.

Программа Государственной итоговой аттестации является частью образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия».

Программа Государственной итоговой аттестации разработана на основании федерального государственного стандарта по специальности 31.08.19 «Педиатрия» учебным планом Ординатура 31.08.19 Педиатрия Очная форма обучения 2014 год набора по специальности 31.08.19 «Педиатрия».

Государственная итоговая аттестация по образовательной программе высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по 31.08.19 «Педиатрия» в соответствии с содержанием образовательной программы.

Ординатор допускается к Государственной итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), и выполнения программы практики в объеме, предусмотренном учебным планом.

Государственная итоговая аттестация включает в себя три этапа: тестирование, оценку практических навыков и собеседование.

Первый этап включает решение тестовых заданий.

Второй этап заключается в оценке овладения выпускниками

практическими навыками, правильность проведения основных врачебных диагностических манипуляций и лечебных мероприятий при неотложных состояниях.

Третий этап представляет собой собеседование с членами государственной экзаменационной комиссии с использованием экзаменационных билетов.

Экзаменационные материалы формируются на основе действующих учебных программ базовой и вариативной части, программ практик с учетом их объема для данной специальности.

Государственная итоговая аттестация является завершающим этапом освоения основной образовательной программы высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия». Объем Государственной итоговой аттестации составляет 1 зачетную единицу (36 часов).

Лица, освоившие образовательную программу высшего образования – программу ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» и успешно прошедшие государственную итоговую аттестацию, получают документ государственного образца.

2. Цель и задачи

2.1. Цель Государственной итоговой аттестации заключается в определении соответствия уровня подготовки выпускника требованиям ФГОС ВО по программе подготовки в ординатуре с последующей выдачей диплома государственного образца

2.2. Задачами Государственной итоговой аттестации являются:

1. определение готовности ординаторов к решению профессиональных задач;
2. Определение уровня сформированности универсальных компетенций;
3. Определение уровня сформированности профессиональных компетенций.

3. Требования к результатам освоения основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

Государственная итоговая аттестация определяет, как обучающийся показывает свою способность и готовность, опираясь на полученные знания, умения и сформированные универсальные и профессиональные компетенции, самостоятельно решать на современном уровне задачи своей профессиональной деятельности, излагать специальную информацию, профессионально аргументировать и защищать свою точку зрения.

3.1. виды профессиональной деятельности, к которым должен быть готов выпускник, завершивший обучение по программе ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

1. профилактическая
2. диагностическая
3. лечебная
4. реабилитационная
5. психолого-педагогическая
6. организационно-управленческая

Государственная итоговая аттестация определяет уровень сформированности у обучающихся предусмотренных ФГОС ВО профессиональных (ПК) и универсальных (УК) компетенций:

1. УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
2. УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
3. УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
4. ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение

вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

5. ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
6. ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7. ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков
8. ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
9. ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
10. ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11. ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
12. ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13. ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
14. ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
15. ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

4. Программа государственного экзамена по специальности

Оценка итоговых знаний ординатора осуществляется государственной экзаменационной комиссией (ГЭК). Итоговая оценка за экзамен по специальности формируется из оценок по результатам I, II, III этапов

государственной итоговой аттестации по специальности.

Этапы Государственной итоговой аттестации:

4.1. Первый этап. Компьютерное тестирование

Тестирование проводится в пределах объема знаний, установленных в соответствии с образовательной программой по специальности 31.08.19 «Педиатрия» на основании ФГОС ВО, принятым приказом МИНОБРНАУКИ России от 25.08.2014 № 1060.

Компьютерное тестирование включает в себя 100 тестовых заданий, для выполнения которых отводится 60 минут.

Программа тестирования состоит вопросов базовой и вариативной части программы. Результаты тестирования оформляются в виде протокола.

4.2. Критерии оценки первого этапа Государственной итоговой аттестации:

Отлично – правильных ответов 91-100%.

Хорошо – правильных ответов 71-90%.

Удовлетворительно - правильных ответов 51-70%.

Неудовлетворительно - правильных ответов 50 и менее.

4.3. Второй этап.

Представляет оценку овладения выпускниками практическими навыками. Определяется умение ординатора провести полное клиническое обследование пациента по всем органам и системам, поставить предварительный диагноз, составить план дополнительного исследования с интерпретацией его результатов и в итоге принять решение о тактике ведения пациента, лечении и прогнозе. Для этого обучающимся предлагается набор клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований для данного пациента или клиническая задача. Обучающийся должен выявить патологические изменения, сформулировать предварительный диагноз; обосновать этиологическую, патогенетическую и посиндромную терапию при различных патологических состояниях. Ординатор должен

продемонстрировать практические навыки с использованием фантомов и симуляторов по оказанию неотложной помощи.

4.4. Критерии оценки второго этапа Государственной итоговой аттестации:

«Отлично» – ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, методически правильно собирает анамнез и проводит объективное обследование пациента. Ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена полностью с полной интерпретацией и правильной оценкой. Ведущие синдромы определены полностью, диагноз сформулирован полностью. Последовательно излагает тактику ведения и лечения пациента. Неотложная помощь оказана полностью.

«Хорошо» - ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, неполно проводит сбор анамнеза и данных объективного обследования. Ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена частично, но с достаточно полной интерпретацией. Ведущие синдромы определены частично, диагноз сформулирован частично с использованием классификации. Последовательно излагает тактику ведения и лечения пациента, допускает незначительные неточности. Неотложная помощь оказана частично.

«Удовлетворительно» - ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, неполно проводит сбор анамнеза и данных объективного обследования. Ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может

исправить при коррекции их членами ГЭК. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена частично, с недостаточно четкой трактовкой. Ведущие синдромы определены частично, диагноз сформулирован без применения классификации. Допускает ошибки в тактике ведения и лечения пациента. Неотложная помощь оказана хаотично, неполно.

«Неудовлетворительно» - ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований не проведена. Ведущие синдромы не определены, диагноз не сформулирован. Допускает грубые ошибки в тактике ведения пациента. Неотложная помощь не оказана.

4.5. Третий этап. Государственный экзамен по специальности

Собеседование по билетам, включающим 3 вопроса.

Поставленные вопросы касаются этиологии и патогенеза, возникающих морфологических изменений в органах, организации лечения и реабилитации больных, организации профилактики рассматриваемой патологии в медицинских организациях, особенностей действия различных фармакологических препаратов, организации медицинской помощи профильным больным, умения разрешать различные этические и деонтологические проблемы, связанные с данной патологией и т.д., что позволяет выявить и оценить знания по всем разделам программы ФГОС ВО специальности 31.08.19 «Педиатрия». Собеседование с выпускником должно определить уровень освоения материала, предусмотренного учебными программами дисциплин; уровень информационной и коммуникативной культуры; способность четкому, полному изложению ответов; умение приложить теоретические знания к практическому применению.

4.6. Критерии оценки третьего этапа Государственной итоговой аттестации:

«Отлично» - ординатор продемонстрировал полное знание программного материала, дисциплин специальности; грамотно и правильно ответил на

все вопросы экзаменационного билета; показал умение свободно логически, четко и ясно излагать ответы на дополнительные вопросы; обнаружил навыки и умение приложить теоретические знания к практическому их применению.

«Хорошо» - ординатор обнаружил полное знание программного материала с незначительными недочетами, ответил на большинство (два) вопросов экзаменационного билета. При ответах на дополнительные вопросы обнаружил знания логических связей вопросов с другими дисциплинами специальности, но ответы недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» - ординатор показал по всем вопросам знания только основного материала, но не усвоил детали, допустил ошибки принципиального характера; справился с заданиями, предусмотренными программой, но допустил погрешности в ответе; продемонстрировал необходимые знания для устранения допущенных ошибок под руководством члена ГЭК; при ответах на дополнительные вопросы не смог увязать материал со смежными разделами курса; или обучающийся дал исчерпывающий ответ на один вопрос билета, но не смог ответить на второй, третий и дополнительный вопросы. «Удовлетворительно» является порогом, ниже которого лежит область несоответствия уровню подготовки выпускника требованиям государственного стандарта.

«Неудовлетворительно» - ординатор обнаружил пробелы в знаниях основного программного материала; допустил принципиальные ошибки при ответе на вопросы экзаменационного билета и не способен к их исправлению без дополнительной подготовки.

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ФГОС ВО - ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

5.1. Оценочные средства для автоматизированного тестового контроля:

Индекс дисциплины	Вопросы	Ответы
-------------------	---------	--------

Б1.Б.1	Для ваготонического типа вегетативной дисфункции не характерно наличие:	белого дермографизма
		гипергидроза
		вестибулопатии
		склонности к обморокам
	У мальчика 10-ти лет наблюдаются боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38 °С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:	частых "вздохов"
		постинфекционный миокардит
		реактивный артрит
		ревматизм
	При лечении микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста целесообразно использовать:	ревматоидный артрит
		септический кардит
		аминогликозиды
		макролиды
	Триада Грегга характерна для:	цефалоспорины 1-го поколения
		фторхинолоны
		врожденного герпеса
		врожденной краснухи
	К рефлексам орального автоматизма относятся все, кроме:	врожденного токсоплазмоза
		врожденной цитомегалии
		Бабинкина
		Кернига
	Тип наследования гемофилии:	поискового
		хоботкового
		аутосомно-доминантный
		аутосомно-рецессивный
	Время второго перекреста в лейкоцитарной формуле крови:	сцепленный с X-хромосомой
		сцепленный с Y-хромосомой
		4-5 месяцев
		2-3 года
	Пуэрильное дыхание выслушивается:	4-5 лет
		6-8 лет
		10-12 лет
		с рождения до 4 лет
	Наиболее реактогенным компонентом в АКДС-вакцине является:	с 6 месяцев до 5-7 лет
		с 1 года до 8 лет
		с 6 месяцев до 12 лет
		взвесь убитых коклюшных микробов
	Стеаторея за счет жирных кислот характерна для:	взвесь убитых дифтерийных микробов
		дифтерийный анатоксин
		столбнячный анатоксин
		лактазной недостаточности
	При лечении атопического дерматита в последнюю очередь используются:	муковисцидоза
		целиакии
		экссудативной энтеропатии
		антигистаминные препараты
	Клинические симптомы врожденного гипотиреоза:	блокаторы кальциневрина
		седативные препараты
		топические стероиды
		эмоленды
	Типичным симптомом инфекционного мононуклеоза не является:	большая масса тела при рождении, запоры, вялое сосание
		низкая масса тела при рождении, повышенный аппетит, диспепсия
		экзофтальм, тахикардия, повышенная возбудимость
		ангина
	При гипероксалурии исключают продукты, содержащие:	лихорадка
		обильные выделения из носа
		увеличение лимфоузлов
		увеличение печени
	При раздражении β2-рецепторов бронхи:	аскорбиновую кислоту
		метионин
		пурины
		триптофан
		не изменяют просвет
		расширяются
		сужаются

Б1.Б.2	Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение	горизонтальное, на спине с твердой основой
		на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
		на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
		полусидя с валиком под лопатками
	Во время сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе вводят	кордарон
		бикарбонат натрия
		глюкокортикоиды
		хлористый кальций
	Прием Хеймлиха - это	прием искусственного дыхания
		техника выполнения непрямого массажа
		прием по удалению инородных тел дыхательных путей
		прием первой помощи при обмороке
	При анафилактическом шоке первым медикаментозным препаратом является	Димедрол
		Преднизолон
		Эуфиллин
		Адреналин
	У детей применяется энергия дефибрилляции	2 Дж/кг массы тела
		4 Дж/кг массы тела
		10 Дж/кг массы тела
		100 Дж
	Клинический симптом для начала СЛР по международному протоколу BLS	отсутствие дыхания
		отсутствие пульсации сосудов
		отсутствие фотореакции зрачка
		невозможность измерить артериальное давление
	Рекомендуется для купирования кардиогенного отека легких	Фентанил
		Реланиум
		Морфин
		Нифедипин
	У 20-летнего пациента после приступа кашля появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка. дыхательные шумы справа не прослушиваются, перкуторно - высокий тимпанический звук. Ему необходимо	трахеостомия
		дыхание с положительным перемежающимся давлением 100% O2
		дренирование плевральной полости
		интубация трахеи
	Стандартная начальная доза адреналина во время реанимации составляет	аспирация слизи из пробки из правого главного бронха
		1 мг
		2 мг
		3 мг
	Цианоз может отсутствовать при гипоксии	5 мг
		тканевой
		дыхательной
		циркуляторной
	Что следует предпринять в первую очередь при патологической кровопотере в раннем послеродовом периоде	гемической
		прижать аорту
		вывести мочу, наружный массаж матки, ввести средства, вызывающие сокращение матки
		наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву
	Назовите основные принципы лечения геморрагического шока	осмотреть мягкие ткани родовых путей
		спазмолитическая, седативная, десенсибилизирующая терапия, препараты крови
		восполнение ОЦК, мочегонные, вазопрессоры, лечение ДВС-синдрома
		восполнение ОЦК, лечение ДВС-синдрома, нормализация микроциркуляции, седативная терапия
	При кровопотере до 1000 мл (до 20% ОЦК) объем переливаемых сред должен	восполнение ОЦК, лечение ДВС-синдрома, нормализация периферического кровообращения, поддержания функции жизненно важных органов
		соответствовать объему кровопотери
		превышать объем кровопотери в полтора раза
		превышать объем кровопотери в 2-2,5 раза
	Чем объясняется высокий травматизм плода в родах при тазовых предлежаниях?	соответствовать половине объема кровопотери
		ни одно утверждение не является верным
		слабостью потуг и наличием хронической гипоксии плода
		частыми осложнениями родового акта: слабостью потуг, запрокидыванием ручек или спазмом шейки матки во II периоде, гипоксией плода
	Шоковый индекс — это	осложнениями родового акта, требующими применения родоразрешающих операций
		аномалиями родовой деятельности, хр. гипоксией плода, неправильным применением пособий при тазовых предлежаниях
		часто возникающими в родах осложнениями
		отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
		отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
		отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5
		отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5

Б1.Б.3	Экспертиза временной нетрудоспособности - вид экспертизы	экономическая
		социальная
		медицинская
		страховая
	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности имеют право медицинские организации	только государственные и муниципальные
		любой формы собственности
		любого профиля и ведомственной принадлежности
		любая медицинская организация, в том числе частнопрактикующий врач, имеющие лицензию на проведение экспертизы ВН
	Кто в медицинской организации отвечает за организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности	главный врач
		заместитель главного врача по медицинской части
		заместитель главного врача по ЭВН
	Кому подчинен в многопрофильной больнице заместитель главного врача по ЭВН	главному врачу
		заместителю главного врача по организационно-методической работе
		заместителю главного врача по медицинскому обслуживанию населения
	Если временно нетрудоспособный гражданин работает у нескольких работодателей, ему выдается	один листок нетрудоспособности по основному месту работы
		листок нетрудоспособности по каждому месту работы
		листок нетрудоспособности по каждому месту работы, если он работает там 2 года
	Когда выдает листок нетрудоспособности лечащий врач временно нетрудоспособному пациенту, получающему лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении	в день установления временной нетрудоспособности
		в день обращения
		в любой день лечения
		при восстановлении трудоспособности
	На какой срок может быть выдан листок нетрудоспособности пациенту при заболевании или травме	до 4-х месяцев
		10-ти месяцев
		12-ти месяцев
		восстановления трудоспособности или установления инвалидности
	На какой срок лечащий врач единолично может выдать пациенту листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении заболевания или травмы	до 6-ти дней
		10-ти дней
		15-ти дней
		30-ти дней
	Какое условие необходимо для признания лица инвалидом	нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
		ограничение жизнедеятельности
		необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию
		сочетание всех трех условий
	На какой срок устанавливается I группа инвалидности	1 год
		2 года
		3 года
		5 лет
	Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, осуществляется	по бюджетным расценкам
		тарифам
		договорным ценам
		свободным расценкам
	Как называется система здравоохранения, переход на которую стал осуществляться в РФ с 1991 года	бюджетная
		частнопредпринимательская
		страховая
		бюджетно-страховая
	Управление - это	интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
		предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
		целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении
	Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме	субъекта
		объекта
		производительных сил
		способов взаимодействия между субъектом и объектом
	В понятие «децентрализация управления здравоохранением в новых условиях» входят следующие составляющие, кроме	сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали
		отсутствие нормативной базы в здравоохранении
		децентрализация бюджетного финансирования
		формирование территориальных программ ОМС
		расширение прав полномочий руководителей медицинских учреждений

Б1.Б.4	Педагогика – это наука	о воспитании, обучении и образовании человека в современном обществе
		способах научного познания
		психологических особенностях личности
		физиологических закономерностях развития личности
	Основные категории педагогики	подготовке учителя к работе в школе
		урок, обучение, развитие
		принципы обучения, компоненты педагогического процесса
		формы обучения, средства обучения
	Педагогической категорией не является	самообразование, самовоспитание
		воспитание, образование, обучение
		обучение
		воспитание
	Воспитание рассматривается как передача накопленного опыта от старших поколений младшим	образование
		развитие
		мониторинг знаний
		в философском смысле
	Главным критерием образованности является	историческом смысле
		социальном смысле
		гуманитарном смысле
		разнообразие знаний
	Образование, которое даёт человеку знание основ наук о природе, обществе, человеке, формирует мировоззрение, развивает познавательные способности	количество знаний
		системность знаний
		объём знаний
		общее
	Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений – это	профессиональное
		политехническое
		высшее
		обучение основам определенной профессиональной деятельности
	Воспитание в социальном смысле определяется как	обучения его необходимым навыкам самообслуживания
		воспитание в широком педагогическом смысле
		воспитание в социальном смысле
		воздействие среды на личность
	Обучение – это	подготовка человека к профессии
		передача социального опыта от одного поколения к другому
		общение людей в неформальных объединениях
		деятельность человека с определенной целью
	Система педагогических наук включает	влияние внешних и внутренних факторов на процесс формирования личности
		формирование личностных качеств
		совместная целенаправленная деятельность учителя и учащихся, в ходе которой осуществляется развитие личности, её образование и воспитание
		процесс управления под руководством учителя
	Объектом педагогической науки является	систему методов педагогического исследования
		принципы обучения и воспитания
		результаты социологических исследований
		межнаучные коммуникации философии и психологии
	Наблюдение – это	отрасли наук о воспитании и образовании детей и взрослых
		воспитание
		педагогический процесс
		образование
	Методология педагогической науки – это	учение о принципах построения теории
		сбор информации
		организованное исследование
		познание окружающего мира в естественных условиях
	Самовоспитание – это	корректировка полученного материала в сознании
		чувственное восприятие вещей
		способы оценки знаний учащихся
		используемые учителем методы обучения
	Самообразование – это	учение о принципах, методах и процессах познания и преобразования педагогической действительности
		теория воспитания личности в коллективе
		целенаправленная деятельность как результат активного взаимодействия личности со средой
		опыт формирования сознания, чувств и навыков поведения
	Самообразование – это	преобразование отрицательных способов поведения осложняющих процесс формирования личности
		устранение обстоятельств, способствующих формированию право нарушающего поведения
		сознательная, целенаправленная самостоятельная деятельность, ведущая к самосовершенствованию
		приемы активизации мыслительной деятельности
	Самообразование – это	приобретение знаний о мире на основе самостоятельных знаний
		самопознание, преодоление недостатков предыдущего воспитания
		специально организованная оздоровительная деятельность
		процесс внушения, адресованный к самому себе

Б1.Б.5	Что относится к специальным средствам защиты органов дыхания изолирующего типа?	ИП-46М
		ГП-7
		ШМ-41
		ШМГ
		ОЗК
	Из чего состоит фильтрующий противогаз?	лицевая часть с очками и обтекателем, регенеративный патрон
		лицевая часть, противогазная коробка, дыхательный мешок
		лицевая часть, гофрированная трубка, противогазная коробка
		лицевая часть, противогазная коробка, регенеративный патрон
	Из чего состоит ОКЗК?	куртка с капюшоном, брюки с чулками, двухпалые перчатки
		куртка, брюки, защитное белье, пилотка с козырьком, подшлемник
		защитный плащ, защитные чулки, защитные перчатки
		брюки, куртка с капюшоном, закрывающим лицо, перчатки
		брюки, куртка с капюшоном, закрывающим лицо
	Укажите, что относится к индивидуальным средствам медицинской защиты?	ОЗК
		фильтрующий противогаз
		КЗС
		аптечка индивидуальная (АИ)
	Какой цвет колпачка у шприц-тюбика с промедолом?	белого
		красного
		синего
		желтого
		зеленого
	Какие виды излучения наиболее опасны для человека при внешнем облучении?	альфа, бета
		бета, гамма
		гамма, нейтроны
		альфа, гамма
		бета, нейтроны
	С какой целью применяется йодистый калий из АИ-1?	при упорной рвоте
		для купирования первичной реакции ОЛБ
		для предупреждения развития инфекционных осложнений
		как радиозащитное средство
		для купирования сердечно-сосудистой недостаточности
	Наиболее распространенными и опасными АОХВ являются	хлор, аммиак, кислоты
		сероводород, бензины
		гидразин, сероуглерод
		ртуть, окись углерода
		цианиды, дихлорэтан
	Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени представлена	одноэтапной системой эвакуации
		двухэтапной системой эвакуации
		трехэтапной системой эвакуации
		четырёх этапной системой эвакуации
	БЭР (бригады экстренного реагирования) предназначены для оказания	первой помощи, доврачебной помощи, врачебной помощи, квалифицированной помощи с элементами специализированной
		первой и доврачебной помощи
		первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи
	Медицинская сортировка – это	распределение пораженных на группы для оказания помощи пораженным в ЧС и их последующего лечения
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в очередности эвакуации раненых и пораженных в лечебные учреждения
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки
	Для подготовки к работе в ЧС учреждению здравоохранения выдается	задание
		мобилизационное задание
		план-задание
		эвакуационное предписание
		пакет нормативных документов
	В настоящее время установлены следующие режимы функционирования СМК	повседневный, повышенной готовности и режим ЧС
		постоянной, повышенной и полной готовности
		первоочередные мероприятия первой группы, полной готовности
		карантина и обсервации
		повседневной готовности, первоочередных мероприятий 1-й и 2-й групп
	По охвату, эвакуация ЛПУ может быть	всеобщая и выборочная
		полная и частичная
		заблаговременная и экстренная
		неотложная и отсроченная
	К тыловым госпиталям здравоохранения относятся	базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, госпиталь для легкокораненых, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь, кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь
		базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь, кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь
		базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, инфекционный госпиталь, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь
		кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь

Б1.Б.6	Что такое Распределение лекарственного средства?	процесс перемещения ЛС из кровотока к органам и тканям
		экскреция ЛС или его метаболитов из организма
		изменения, которым подвергаются ЛС в организме
		процесс поступления ЛС из места введения в системный кровоток
		процесс удаления ЛС из организма, включающий его инактивацию и экскрецию
	Что такое Биодоступность?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Клиренс?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Период полувыведения?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Объем распределения?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Каким термином определяется баланс между терапевтическим эффектом и нежелательными лекарственными реакциями	биоэквивалентность
		биодоступность
		терапевтический диапазон
		равновесная концентрация
	Фармакодинамика включает	максимальная концентрация
		процессы всасывания, распределения, метаболизма и выведения ЛС
		механизм действия, локализацию действия и виды действия ЛС
		движение ЛС в организме больного
	Фактором, повышающим риск развития НПР, является	физико-химические свойства ЛС
		пожилой возраст
		тяжелое состояние больного
		одновременное назначение нескольких лекарственных средств
		генетическая предрасположенность
		все вышеперечисленное верно
	Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением НПР называются	комплаенсом
		фармаконадзором
		фармакоэпидемиологией
		фармакоинспекцией
	Оповещать о развитии НПР следует	при развитии серьезных НПР
		при развитии НПР при применении ЛС, зарегистрированных 5 и менее лет назад
		при развитии неожиданных НПР
		при НПР, развившихся в следствии межлекарственного взаимодействия
	При фармакокинетическом взаимодействии одно ЛС может влиять на такие процессы другого ЛС как	верно все вышеперечисленное
		всасывание
		распределение
		метаболизм (биотрансформация)
	При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого как	выведение
		все вышеперечисленные
		всасывание
		распределение
	Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении с препаратами, повышающими моторику ЖКТ	метаболизм (биотрансформация)
		выведение
		механизм действия
		угнетается
	Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р	усиливается
		не изменяется
		угнетается
	Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами этих ферментов	усиливается
		не изменяется
		угнетается

Б1.Б.7	Медицинское право это	собственные нормы
		правовые институты
		комплексная отрасль права
	С какого срока сертификация специалиста заменяется на аккредитацию специалиста	2015 г.
		2016 г.
		2017 г.
	Что является антиподом надлежащего исполнения профессиональных обязанностей	вредные последствия
		ненадлежащие исполнения
		соблюдение норм асептики
	Факторы риска некачественного оказания медицинских услуг	занижение объемов медицинских услуг в системе ОМС вследствие дефицита финансирования
		несоблюдение этических принципов
		отсутствие психологического контакта с родственниками
	Профессиональное преступление это	общественно-опасное деяние с причинением вреда здоровью
		отсутствие вины
		нарушение деонтологических норм
	Медицинская услуга это	правоотношение родителей с детьми
		правоотношение врача с пациентом
		правоотношение медицинского работника, медицинской организации с пациентом
	Права пациентов	соблюдать нормы внутреннего распорядка медицинской организации
		отказываться от медицинского вмешательства
		выполнять назначения врача
	Выбор медицинской организации гражданином	1 раз в течение календарного года
		ежемесячно по желанию пациента
		по согласованию с ассоциацией врачей
	Виды юридической ответственности	моральная
		административная
		экспертная
	Моральный вред это	утраченный заработок
		расходы на лечение
		физические и нравственные переживания
	Виды административных наказаний	предупреждение
		выговор
		замечание
	Сроки применения дисциплинарного взыскания	не позднее 3-х месяцев
		не позднее 1-го месяца
		не позднее 1-го года
	Причины дефектов оказания медицинской помощи	надлежащее осуществление лечебно-диагностического процесса
		недооценка тяжести состояния
		наличие сертификата специалиста
	Виды дефектов оказания медицинской помощи	материальный ущерб
		моральный вред
		профессиональная ошибка
	Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности	должностные преступления
		нарушение норм профессиональной этики
		нарушения норм трудового права

Б1.Б.8	В состав первичного туберкулезного комплекса входит:	первичный аффект
		очаг Ашоффа - Пуля
		туберкулома
		очаг Абрикосова
		очаг-инфильтрат
	В стенке туберкулезной каверны развивается кровотечение в связи с:	повышением проницаемости сосудистой стенки
		разъеданием сосудистой стенки
		разрывом сосуда
		склерозом сосуда
		тромбозом сосуда
	В туберкулезной гранулеме преобладают:	эпителиоидные клетки
		тучные клетки
		гигантские клетки
		макрофаги
		плазмодциты
	Вторичный туберкулез характеризуется преимущественным поражением:	почек
		мозга
		легких
		костей
		печени
	Диссеминация при вторичном туберкулезе происходит путем:	гематогенным
		бронхогенным
		лимфогенным
		по ликвору
		верно все
	Для выявления возбудителя туберкулеза проводят окраску:	импрегнацию серебром
		по Романовскому-Гимзе
		ШИК-реакцию
		по Цилю-Нильсену
		метиленовым синим
	Инфильтративный туберкулез не может возникнуть из:	фиброзно-очагового туберкулеза
		туберкуломы
		цирротического туберкулеза
		острого очагового туберкулеза
		очага Ашофф-Пуля
	Исходом цирротического туберкулеза является гипертрофия стенки:	левого желудочка
		правого желудочка
		правого предсердия
		левого предсердия
		недообследование
	К объективным причинам расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов относит:	ошибка консультанта
		переоценка тяжести состояния
		неопытность врача
		тяжесть состояния
		Очаги Симона
	Морфологическим проявлением первичного туберкулеза являются:	очаг Абрикосова
		очаг Ассманна-Редекера
		туберкулома
		первичный туберкулезный комплекс
		туберкулома
	Очаг Гона - это:	вариант заживления первичного туберкулеза
		старый заживший очаг вторичного туберкулеза
		хроническое течение первичного туберкулеза
		туберкулёзный лимфоаденит
		одного слоя
	При фиброзно-кавернозном туберкулезе стенка каверны состоит из:	двух слоев
		трех слоев
		четырех слоев
		не имеет слоев
		Микулича
	Типичными для туберкулезной гранулемы являются клетки:	Тутона
		Пирогова-Лангханса
		Вирхова
		Ходжкина
		образованием симметричных каверн
	Туберкулез почек характеризуется:	цианотичными пирамидками
		крапчатостью почечной ткани
		сальностью ткани
		все верно
		микобактерией бычьего типа
	У человека туберкулез вызывается:	микобактерией холоднокровного типа
		микоплазмой
		микобактерией птичьего типа

Б1.Б.9	Предметом медицинской информатики является изучение:	устройства ЭВМ
		развития социальных систем под воздействием информационных ресурсов
		общих закономерностей собственных информационных процессов в медицине и здравоохранении
	Медицинская информатика является составной частью:	законов организации здравоохранения
		теоретической информатики
		экономической информатики
	Автоматизированным рабочим местом (АРМ) называют:	управленческой информатики
		совокупность средств, реализованных на базе персонального компьютера для решения задач в определенной предметной области
		систему документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных, отражающих характер, объем и качество медицинской помощи, оказываемой определенным группам населения или отдельным лицам
	Базу знаний экспертной системы создает:	комплекс административных, экономических лечебно-профилактических, и других мероприятий на основе применения математических и статистических методов, вычислительной и организационной техники, а также средств связи
		врач, формирующий запрос к экспертной системе
		специалист-эксперт в проблемной области
	Экспертной системой называют:	программист
		совокупность средств, реализованных на базе персонального компьютера для решения задач в определенной предметной области
		сложные программные комплексы, аккумулирующие знания специалистов в конкретных предметных областях и тиражирующие этот эмпирический опыт для консультаций менее квалифицированных пользователей
		систему документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных, отражающих характер, объем и качество медицинской помощи, оказываемой определенным группам населения или отдельным лицам
		комплекс административных, экономических, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и других мероприятий на основе применения математических и статистических методов, вычислительной и организационной техники, а также средств связи
	Экспертные системы, осуществляющие мониторинг, позволяют:	описать причины заболеваний по симптомам
		предсказать наступление некоторых событий или явлений на основании имеющихся данных
		принимать решение о воздействии на систему с целью поддержания контролируемого параметра в заданных значениях
		производить непрерывную интерпретацию данных в реальном масштабе времени и сигнализацию о выходе тех или иных параметров за допустимые пределы
	Производительность работы компьютера (быстрота выполнения операций) зависит:	от размера экрана дисплея
		частоты процессора
		напряжения питания
		быстроты нажатия на клавиши
	Файл — это:	единица измерения информации
		текст, распечатанный на принтере
		программа или данные на диске
	Гипертекст — это:	очень большой текст
		текст, в котором используется шрифт большого размера
		структурированный текст, в котором могут осуществляться переходы по выделенным меткам
	Компьютер, подключенный к Интернету, обязательно имеет:	IP-адрес
		web-сервер
		домашнюю web-страницу
		доменное имя
	Какие функции выполняет операционная система?	обеспечение организации и хранения файлов
		подключения устройств ввода/вывода
		организация обмена данными между компьютером и различными периферийными устройствами
	Медицинские информационная система лечебно-профилактического учреждения предназначены:	организация диалога с пользователем, управления аппаратурой и ресурсами компьютера
		для сбора, хранения и анализа данных, необходимых для решения управленческих задач, возникающих в повседневной практике работы медицинского учреждения
	Медицинские информационно-справочные системы предназначены:	для информационной поддержки и/или автоматизации диагностического и лечебного процесса, осуществляемых при непосредственном контакте с организмом больного
		предназначены для диагностики патологических состояний (включая прогноз и выработку рекомендаций по способам лечения) при заболеваниях различного профиля и для разных категорий больных
		для поиска и выдачи медицинской информации по запросу пользователя
	"Mednet" – это:	планирования бюджета медицинского учреждения
		автоматизированный мониторинг здоровья населения
		телекоммуникационная медицинская сеть России
		автоматизированная система управления
		автоматизированное рабочее место
	Автоматизированный скрининг – это:	автоматизированный скрининг
		автоматизированная система управления
		автоматизированное рабочее место участкового педиатра
		автоматизированный целевой медицинский осмотр
		телекоммуникационная сеть
		автоматизированный предварительный медицинский осмотр

Б1.В.1	Для ваготонического типа вегетативной дисфункции не характерно наличие:	белого дермографизма
		гипергидроза
		вестибулопатии
		склонности к обморокам
	У мальчика 10-ти лет наблюдаются боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38 °С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:	частых "вздохов"
		постинфекционный миокардит
		реактивный артрит
		ревматизм
	При лечении микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста целесообразно использовать:	ревматоидный артрит
		септический кардит
		аминогликозиды
		макролиды
	Триада Грегга характерна для:	цефалоспорины 1-го поколения
		фторхинолоны
		врожденного герпеса
		врожденной краснухи
	К рефлексам орального автоматизма относятся все, кроме:	врожденного токсоплазмоза
		врожденной цитомегалии
		Бабинкина
		Кернига
	Тип наследования гемофилии:	поискового
		хоботкового
		аутосомно-доминантный
		аутосомно-рецессивный
	Время второго перекреста в лейкоцитарной формуле крови:	сцепленный с X-хромосомой
		сцепленный с Y-хромосомой
		4-5 месяцев
		2-3 года
	Пуэрильное дыхание выслушивается:	4-5 лет
		6-8 лет
		10-12 лет
		с рождения до 4 лет
	Наиболее реактогенным компонентом в АКДС-вакцине является:	с 6 месяцев до 5-7 лет
		с 1 года до 8 лет
		с 6 месяцев до 12 лет
		взвесь убитых коклюшных микробов
	Стеаторея за счет жирных кислот характерна для:	взвесь убитых дифтерийных микробов
		дифтерийный анатоксин
		столбнячный анатоксин
		лактазной недостаточности
	При лечении атопического дерматита в последнюю очередь используются:	муковисцидоза
		целиакии
		экссудативной энтеропатии
		антигистаминные препараты
	Клинические симптомы врожденного гипотиреоза:	блокаторы кальциневрина
		седативные препараты
		топические стероиды
		эмоленды
	Типичным симптомом инфекционного мононуклеоза не является:	большая масса тела при рождении, запоры, вялое сосание
		низкая масса тела при рождении, повышенный аппетит, диспепсия
		экзофтальм, тахикардия, повышенная возбудимость
		ангина
	При гипероксалурии исключают продукты, содержащие:	лихорадка
		обильные выделения из носа
		увеличение лимфоузлов
		увеличение печени
	При раздражении β2-рецепторов бронхи:	аскорбиновую кислоту
		метионин
		пурины
		триптофан
		не изменяют просвет
		расширяются
		сужаются

B1.B.1	Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение	горизонтальное, на спине с твердой основой
		на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
		на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
		полусидя с валиком под лопатками
	Во время сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе вводят	кордарон
		бикарбонат натрия
		глюкокортикоиды
		хлористый кальций
	Прием Хеймлиха - это	прием искусственного дыхания
		техника выполнения непрямого массажа
		прием по удалению инородных тел дыхательных путей
		прием первой помощи при обмороке
	При анафилактическом шоке первым медикаментозным препаратом является	Димедрол
		Преднизолон
		Эуфиллин
		Адреналин
	У детей применяется энергия дефибрилляции	2 Дж/кг массы тела
		4 Дж/кг массы тела
		10 Дж/кг массы тела
		100 Дж
	Клинический симптом для начала СЛР по международному протоколу BLS	отсутствие дыхания
		отсутствие пульсации сосудов
		отсутствие фотореакции зрачка
		невозможность измерить артериальное давление
	Рекомендуется для купирования кардиогенного отека легких	Фентанил
		Реланиум
		Морфин
		Нифедипин
	У 20-летнего пациента после приступа кашля появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка. дыхательные шумы справа не прослушиваются, перкуторно - высокий тимпанический звук. Ему необходимо	трахеостомия
		дыхание с положительным перемежающимся давлением 100% O2
		дренирование плевральной полости
		интубация трахеи
		аспирация слизистой пробки из правого главного бронха
	Стандартная начальная доза адреналина во время реанимации составляет	1 мг
		2 мг
		3 мг
		5 мг
	Цианоз может отсутствовать при гипоксии	тканевой
		дыхательной
		циркуляторной
		гемической
	Что следует предпринять в первую очередь при патологической кровопотере в раннем послеродовом периоде	прижать аорту
		вывести мочу, наружный массаж матки, ввести средства, вызывающие сокращение матки
		наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву
		осмотреть мягкие ткани родовых путей
	Назовите основные принципы лечения геморрагического шока	спазмолитическая, седативная, десенсибилизирующая терапия, препараты крови
		восполнение ОЦК, мочегонные, вазопрессоры, лечение ДВС-синдрома
		восполнение ОЦК, лечение ДВС-синдрома, нормализация микроциркуляции, седативная терапия
		восполнение ОЦК, лечение ДВС-синдрома, нормализация периферического кровообращения, поддержания функции жизненно важных органов
	При кровопотере до 1000 мл (до 20% ОЦК) объем переливаемых сред должен	нормализация периферического кровообращения, микроциркуляции, борьба с ДВС-синдромом, поддержание функции жизненно важных органов
		соответствовать объему кровопотери
		превышать объем кровопотери в полтора раза
		превышать объем кровопотери в 2-2,5 раза
	Чем объясняется высокий травматизм плода в родах при тазовых предлежаниях?	соответствовать половине объема кровопотери
		ни одно утверждение не является верным
		слабостью потуг и наличием хронической гипоксии плода
		частыми осложнениями родового акта: слабостью потуг, запрокидыванием ручек или спазмом шейки матки во II периоде, гипоксией плода
		осложнениями родового акта, требующими применения родоразрешающих операций
	Шоковый индекс — это	аномалиями родовой деятельности, хр. гипоксией плода, неправильным применением пособий при тазовых предлежаниях
		часто возникающими в родах осложнениями
		отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
		отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
		отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5
		отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5

Б1.В.2	Экспертиза временной нетрудоспособности – вид экспертизы	экономическая
		социальная
		медицинская
		страховая
	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности имеют право медицинские организации	только государственные и муниципальные
		любой формы собственности
		любого профиля и ведомственной принадлежности
		любая медицинская организация, в том числе частнопрактикующий врач, имеющие лицензию на проведение экспертизы ВН
	Кто в медицинской организации отвечает за организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности	главный врач
		заместитель главного врача по медицинской части
		заместитель главного врача по ЭВН
	Кому подчинен в многопрофильной больнице заместитель главного врача по ЭВН	главному врачу
		заместителю главного врача по организационно-методической работе
		заместителю главного врача по медицинскому обслуживанию населения
	Если временно нетрудоспособный гражданин работает у нескольких работодателей, ему выдается	один листок нетрудоспособности по основному месту работы
		листок нетрудоспособности по каждому месту работы
		листок нетрудоспособности по каждому месту работы, если он работает там 2 года
	Когда выдает листок нетрудоспособности лечащий врач временно нетрудоспособному пациенту, получающему лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении	в день установления временной нетрудоспособности
		в день обращения
		в любой день лечения
		при восстановлении трудоспособности
	На какой срок может быть выдан листок нетрудоспособности пациенту при заболевании или травме	до 4-х месяцев
		10-ти месяцев
		12-ти месяцев
		восстановления трудоспособности или установления инвалидности
	На какой срок лечащий врач единолично может выдать пациенту листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении заболевания или травмы	до 6-ти дней
		10-ти дней
		15-ти дней
		30-ти дней
	Какое условие необходимо для признания лица инвалидом	нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
		ограничение жизнедеятельности
		необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию
		сочетание всех трех условий
	На какой срок устанавливается I группа инвалидности	1 год
		2 года
		3 года
		5 лет
	Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, осуществляется	по бюджетным расценкам
		тарифам
		договорным ценам
		свободным расценкам
	Как называется система здравоохранения, переход на которую стал осуществляться в РФ с 1991 года	бюджетная
		частнопредпринимательская
		страховая
		бюджетно-страховая
	Управление – это	интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
		предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
		целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении
	Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме	субъекта
		объекта
		производительных сил
		способов взаимодействия между субъектом и объектом
	В понятие «децентрализация управления здравоохранением в новых условиях» входят следующие составляющие, кроме	сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали
		отсутствие нормативной базы в здравоохранении
		децентрализация бюджетного финансирования
		формирование территориальных программ ОМС
		расширение прав полномочий руководителей медицинских учреждений

Б1.В.2	Педагогика – это наука	о воспитании, обучении и образовании человека в современном обществе
		способах научного познания
		психологических особенностях личности
		физиологических закономерностях развития личности
	Основные категории педагогики	подготовке учителя к работе в школе
		урок, обучение, развитие
		принципы обучения, компоненты педагогического процесса
		формы обучения, средства обучения
	Педагогической категорией не является	самообразование, самовоспитание
		воспитание, образование, обучение
		обучение
		воспитание
	Воспитание рассматривается как передача накопленного опыта от старших поколений младшим	образование
		развитие
		мониторинг знаний
		в философском смысле
	Главным критерием образованности является	историческом смысле
		социальном смысле
		гуманитарном смысле
		разнообразие знаний
	Образование, которое даёт человеку знание основ наук о природе, обществе, человеке, формирует мировоззрение, развивает познавательные способности	количество знаний
		системность знаний
		объём знаний
		общее
	Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений – это	профессиональное
		политехническое
		высшее
		обучение основам определенной профессиональной деятельности
	Воспитание в социальном смысле определяется как	обучения его необходимым навыкам самообслуживания
		воспитание в широком педагогическом смысле
		воспитание в социальном смысле
		воздействие среды на личность
	Обучение – это	подготовка человека к профессии
		передача социального опыта от одного поколения к другому
		общение людей в неформальных объединениях
		деятельность человека с определенной целью
	Система педагогических наук включает	влияние внешних и внутренних факторов на процесс формирования личности
		формирование личностных качеств
		совместная целенаправленная деятельность учителя и учащихся, в ходе которой осуществляется развитие личности, её образование и воспитание
		процесс управления под руководством учителя
	Объектом педагогической науки является	систему методов педагогического исследования
		принципы обучения и воспитания
		результаты социологических исследований
		межнаучные коммуникации философии и психологии
	Наблюдение – это	отрасли наук о воспитании и образовании детей и взрослых
		воспитание
		педагогический процесс
		образование
	Методология педагогической науки – это	учение о принципах построения теории
		сбор информации
		организованное исследование
		познание окружающего мира в естественных условиях
	Самовоспитание – это	корректировка полученного материала в сознании
		чувственное восприятие вещей
		способы оценки знаний учащихся
		используемые учителем методы обучения
	Самообразование – это	учение о принципах, методах и процессах познания и преобразования педагогической действительности
		теория воспитания личности в коллективе
		целенаправленная деятельность как результат активного взаимодействия личности со средой
		опыт формирования сознания, чувств и навыков поведения
	Самообразование – это	преобразование отрицательных способов поведения осложняющих процесс формирования личности
		устранение обстоятельств, способствующих формированию право нарушающего поведения
		сознательная, целенаправленная самостоятельная деятельность, ведущая к самосовершенствованию
		приемы активизации мыслительной деятельности
	Самообразование – это	приобретение знаний о мире на основе самостоятельных знаний
		самопознание, преодоление недостатков предыдущего воспитания
		специально организованная оздоровительная деятельность
		процесс внушения, адресованный к самому себе

Б1.В.3	Что относится к специальным средствам защиты органов дыхания изолирующего типа?	ИП-46М
		ГП-7
		ШМ-41
		ШМГ
		ОЗК
	Из чего состоит фильтрующий противогаз?	лицевая часть с очками и обтекателем, регенеративный патрон
		лицевая часть, противогазная коробка, дыхательный мешок
		лицевая часть, гофрированная трубка, противогазная коробка
		лицевая часть, противогазная коробка, регенеративный патрон
	Из чего состоит ОКЗК?	куртка с капюшоном, брюки с чулками, двухпалые перчатки
		куртка, брюки, защитное белье, пилотка с козырьком, подшлемник
		защитный плащ, защитные чулки, защитные перчатки
		брюки, куртка с капюшоном, закрывающим лицо, перчатки
		брюки, куртка с капюшоном, закрывающим лицо
	Укажите, что относится к индивидуальным средствам медицинской защиты?	ОЗК
		фильтрующий противогаз
		КЗС
		аптечка индивидуальная (АИ)
	Какой цвет колпачка у шприц-тюбика с промедолом?	белого
		красного
		синего
		желтого
		зеленого
	Какие виды излучения наиболее опасны для человека при внешнем облучении?	альфа, бета
		бета, гамма
		гамма, нейтроны
		альфа, гамма
		бета, нейтроны
	С какой целью применяется йодистый калий из АИ-1?	при упорной рвоте
		для купирования первичной реакции ОЛБ
		для предупреждения развития инфекционных осложнений
		как радиозащитное средство
		для купирования сердечно-сосудистой недостаточности
	Наиболее распространенными и опасными АОХВ являются	хлор, аммиак, кислоты
		сероводород, бензины
		гидразин, сероуглерод
		ртуть, окись углерода
		цианиды, дихлорэтан
	Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени представлена	одноэтапной системой эвакуации
		двухэтапной системой эвакуации
		трехэтапной системой эвакуации
		четырёх этапной системой эвакуации
	БЭР (бригады экстренного реагирования) предназначены для оказания	первой помощи, доврачебной помощи, врачебной помощи, квалифицированной помощи с элементами специализированной
		первой и доврачебной помощи
		первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи
	Медицинская сортировка – это	распределение пораженных на группы для оказания помощи пораженным в ЧС и их последующего лечения
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в очередности эвакуации раненых и пораженных в лечебные учреждения
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки
		распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки
	Для подготовки к работе в ЧС учреждению здравоохранения выдается	задание
		мобилизационное задание
		план-задание
		эвакуационное предписание
		пакет нормативных документов
	В настоящее время установлены следующие режимы функционирования СМК	повседневный, повышенной готовности и режим ЧС
		постоянной, повышенной и полной готовности
		первоочередные мероприятия первой группы, полной готовности
		карантина и обсервации
		повседневной готовности, первоочередных мероприятий 1-й и 2-й групп
	По охвату, эвакуация ЛПУ может быть	всеобщая и выборочная
		полная и частичная
		заблаговременная и экстренная
		неотложная и отсроченная
	К тыловым госпиталям здравоохранения относятся	базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, госпиталь для легкокораненых, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь, кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь
		базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь, кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь
		базовый госпиталь, нейрохирургический госпиталь, инфекционный госпиталь, травматологический госпиталь, терапевтический госпиталь
		кожно-венерологический госпиталь, туберкулезный госпиталь

Б1.В.3	Что такое Распределение лекарственного средства?	процесс перемещения ЛС из кровотока к органам и тканям
		экскреция ЛС или его метаболитов из организма
		изменения, которым подвергаются ЛС в организме
		процесс поступления ЛС из места введения в системный кровоток
		процесс удаления ЛС из организма, включающий его инактивацию и экскрецию
	Что такое Биодоступность?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Клиренс?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Период полувыведения?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Что такое Объем распределения?	доля ЛС, достигающая системного кровотока из места введения
		объем плазмы крови, освобождающийся от ЛС за единицу времени
		объем жидкости организма, необходимый для равномерного распределения всей введенной дозы в концентрации, аналогичной таковой в плазме крови
		время, необходимое для снижения концентрации ЛС в крови вдвое
	Каким термином определяется баланс между терапевтическим эффектом и нежелательными лекарственными реакциями	биоэквивалентность
		биодоступность
		терапевтический диапазон
		равновесная концентрация
	Фармакодинамика включает	максимальная концентрация
		процессы всасывания, распределения, метаболизма и выведения ЛС
		механизм действия, локализацию действия и виды действия ЛС
		движение ЛС в организме больного
	Фактором, повышающим риск развития НПР, является	физико-химические свойства ЛС
		пожилой возраст
		тяжелое состояние больного
		одновременное назначение нескольких лекарственных средств
		генетическая предрасположенность
		все вышеперечисленное верно
	Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением НПР называются	комплаенсом
		фармаконадзором
		фармакоэпидемиологией
		фармакоинспекцией
	Оповещать о развитии НПР следует	при развитии серьезных НПР
		при развитии НПР при применении ЛС, зарегистрированных 5 и менее лет назад
		при развитии неожиданных НПР
		при НПР, развившихся в следствии межлекарственного взаимодействия
		верно все вышеперечисленное
	При фармакокинетическом взаимодействии одно ЛС может влиять на такие процессы другого ЛС как	всасывание
		распределение
		метаболизм (биотрансформация)
		выведение
	При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого как	все вышеперечисленные
		всасывание
		распределение
		метаболизм (биотрансформация)
		выведение
	Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении с препаратами, повышающими моторику ЖКТ	механизм действия
		угнетается
		усиливается
	Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р	не изменяется
		угнетается
		усиливается
	Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами этих ферментов	не изменяется
		угнетается
		усиливается

Б1.В.4	Медицинское право это	собственные нормы
		правовые институты
		комплексная отрасль права
	С какого срока сертификация специалиста заменяется на аккредитацию специалиста	2015 г.
		2016 г.
		2017 г.
	Что является антиподом надлежащего исполнения профессиональных обязанностей	вредные последствия
		ненадлежащие исполнения
		соблюдение норм асептики
	Факторы риска некачественного оказания медицинских услуг	занижение объемов медицинских услуг в системе ОМС вследствие дефицита финансирования
		несоблюдение этических принципов
		отсутствие психологического контакта с родственниками
	Профессиональное преступление это	общественно-опасное деяние с причинением вреда здоровью
		отсутствие вины
		нарушение деонтологических норм
	Медицинская услуга это	правоотношение родителей с детьми
		правоотношение врача с пациентом
		правоотношение медицинского работника, медицинской организации с пациентом
	Права пациентов	соблюдать нормы внутреннего распорядка медицинской организации
		отказываться от медицинского вмешательства
		выполнять назначения врача
	Выбор медицинской организации гражданином	1 раз в течение календарного года
		ежемесячно по желанию пациента
		по согласованию с ассоциацией врачей
	Виды юридической ответственности	моральная
		административная
		экспертная
	Моральный вред это	утраченный заработок
		расходы на лечение
		физические и нравственные переживания
	Виды административных наказаний	предупреждение
		выговор
		замечание
	Сроки применения дисциплинарного взыскания	не позднее 3-х месяцев
		не позднее 1-го месяца
		не позднее 1-го года
	Причины дефектов оказания медицинской помощи	надлежащее осуществление лечебно-диагностического процесса
		недооценка тяжести состояния
		наличие сертификата специалиста
	Виды дефектов оказания медицинской помощи	материальный ущерб
		моральный вред
		профессиональная ошибка
	Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности	должностные преступления
		нарушение норм профессиональной этики
		нарушения норм трудового права

Б1.В.4	В состав первичного туберкулезного комплекса входит:	первичный аффект
		очаг Ашоффа - Пуля
		туберкулома
		очаг Абрикосова
		очаг-инфильтрат
	В стенке туберкулезной каверны развивается кровотечение в связи с:	повышением проницаемости сосудистой стенки
		разъеданием сосудистой стенки
		разрывом сосуда
		склерозом сосуда
		тромбозом сосуда
	В туберкулезной гранулеме преобладают:	эпителиоидные клетки
		тучные клетки
		гигантские клетки
		макрофаги
		плазмоциты
	Вторичный туберкулез характеризуется преимущественным поражением:	почек
		мозга
		легких
		костей
		печени
	Диссеминация при вторичном туберкулезе происходит путем:	гематогенным
		бронхогенным
		лимфогенным
		по ликвору
		верно все
	Для выявления возбудителя туберкулеза проводят окраску:	импрегнацию серебром
		по Романовскому-Гимзе
		ШИК-реакцию
		по Цилю-Нильсену
		метиленовым синим
	Инфильтративный туберкулез не может возникнуть из:	фиброзно-очагового туберкулеза
		туберкуломы
		цирротического туберкулеза
		острого очагового туберкулеза
		очага Ашофф-Пуля
	Исходом цирротического туберкулеза является гипертрофия стенки:	левого желудочка
		правого желудочка
		правого предсердия
		левого предсердия
		недообследование
	К объективным причинам расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов относит:	ошибка консультанта
		переоценка тяжести состояния
		неопытность врача
		тяжесть состояния
		Очаги Симона
	Морфологическим проявлением первичного туберкулеза являются:	очаг Абрикосова
		очаг Ассманна-Редекера
		туберкулома
		первичный туберкулезный комплекс
		туберкулома
	Очаг Гона - это:	вариант заживления первичного туберкулеза
		старый заживший очаг вторичного туберкулеза
		хроническое течение первичного туберкулеза
		туберкулёзный лимфоаденит
		одного слоя
	При фиброзно-кавернозном туберкулезе стенка каверны состоит из:	двух слоев
		трех слоев
		четырех слоев
		не имеет слоев
		Микулича
	Типичными для туберкулезной гранулемы являются клетки:	Тутона
		Пирогова-Лангханса
		Вирхова
		Ходжкина
		образованием симметричных каверн
	Туберкулез почек характеризуется:	цианотичными пирамидками
		крапчатостью почечной ткани
		сальностью ткани
		все верно
		микобактерией бычьего типа
	У человека туберкулез вызывается:	микобактерией холоднокровного типа
		микоплазмой
		микобактерией птичьего типа

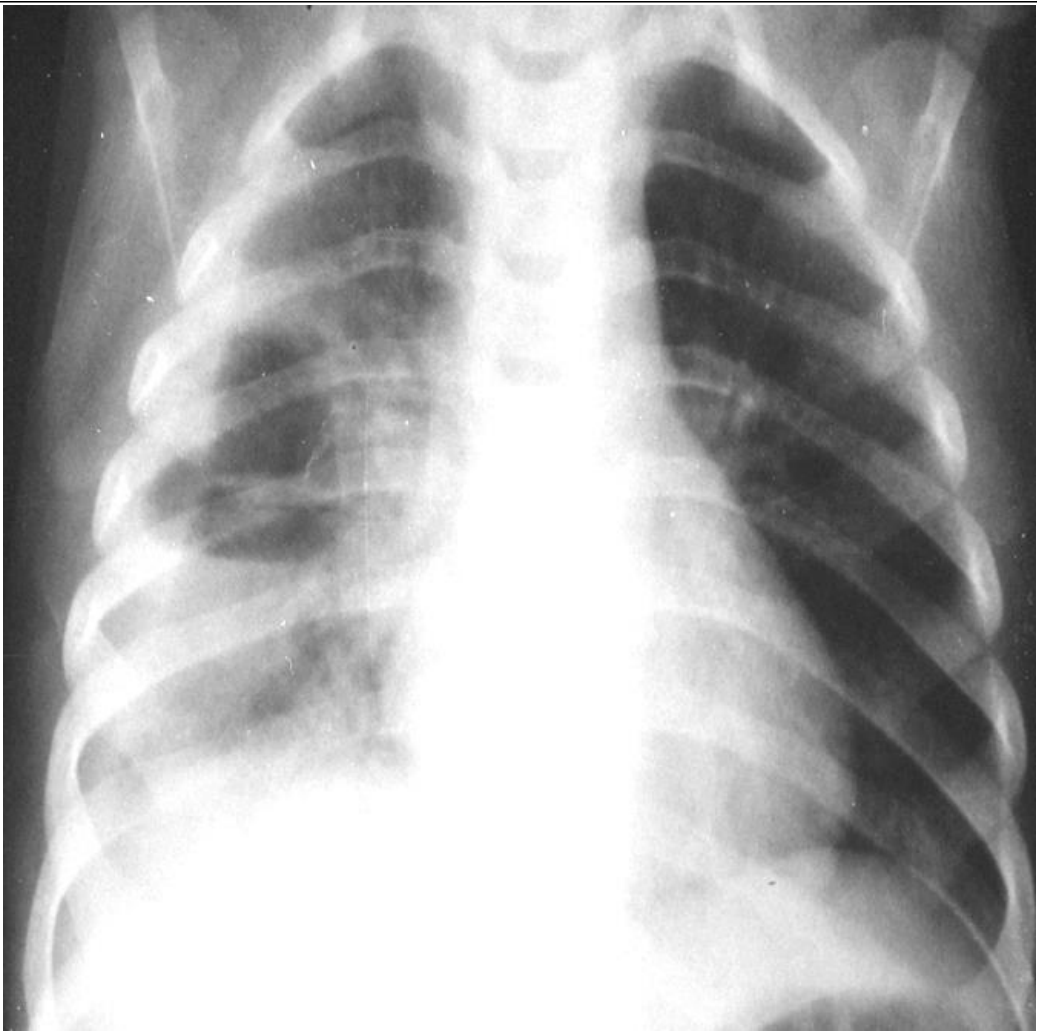

5.2. Оценочные средства для оценки практических навыков

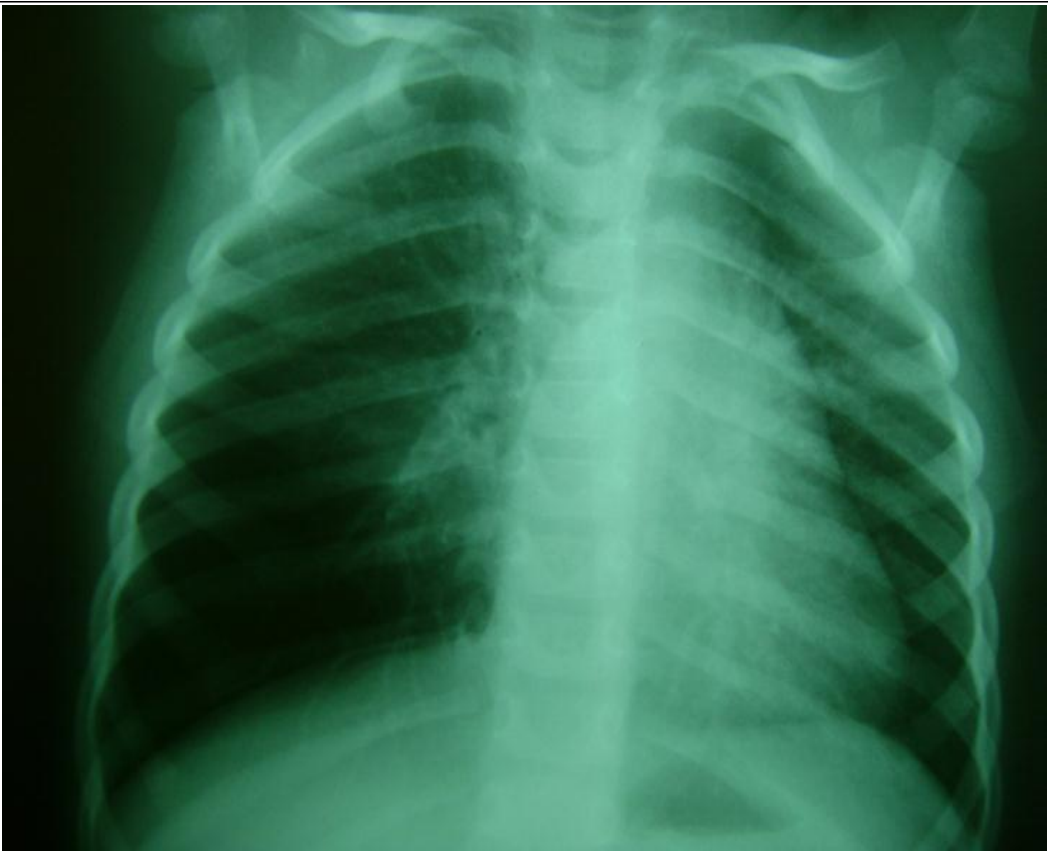

5.2.1 Набор клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

№	Задача			Ответ
1	Пациент: Вика, 13 лет			Анемия легкой степени тяжести, нормохромная, макроцитарная
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	7,96	4.00 – 10.00	
	LYM, %	43,18	20.00 – 50.00	
	MID, %	8,72	1.00 – 15.00	
	GRA, %	48,10	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	5,03	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	110	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	372,66	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	30,40	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	100	80.00 – 99.00	
	HCT, %	41,05	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	243	100.00 – 300.00	
	RDW, %	14,43	10.00 – 18.00	
2	Пациент: Вазген, 8 лет			Анемия средней степени тяжести. В-талассемия
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	7,09	4.00 – 10.00	
	LYM, %	43,18	20.00 – 50.00	
	MID, %	8,72	1.00 – 15.00	
	GRA, %	48,1	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	3,94	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	87	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	372,66	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	30,4	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	81	80.00 – 99.00	
	HCT, %	40,05	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	400	100.00 – 300.00	
	RDW, %	14,43	10.00 – 18.00	
	Мишеневидные эритроциты 2-5 в п.зр.			

3	Пациент: Иван, 11 месяцев			Анемия тяжелой степени тяжести, гипохромная, микроцитарная
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	10,58	4.00 – 10.00	
	LYM, %	79,79	20.00 – 50.00	
	MPD, %	8083	1.00 – 15.00	
	GRA, %	11,38	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	3,04	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	34	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	227,61	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	11,20	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	49,21	80.00 – 99.00	
	HCT, %	14,94	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	881	100.00 – 300.00	
	RDW, %	7,55	10.00 – 18.00	
4	Пациент: Мария, 15 лет			Анемия тяжелой степени тяжести, макроцитарная, гиперхромная
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	3,5	4.00 – 10.00	
	LYM, %	29	20.00 – 50.00	
	MPD, %	3	1.00 – 15.00	
	GRA, %	66	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	1,7	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	65 г/л	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	389,08	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	38,33	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	98,51	80.00 – 99.00	
	HCT, %	32	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	198	100.00 – 300.00	
	ЦП	1,14		
5	Пациент: Антон, 2,5 года			Анемия тяжелой степени тяжести, нормохромная, микроцитарная
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	7,96	4.00 – 10.00	
	LYM, %	41,04	20.00 – 50.00	
	MPD, %	8,39	1.00 – 15.00	
	GRA, %	50,57	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	2,30	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	62	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	365,97	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	26,97	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	73,68	80.00 – 99.00	
	HCT, %	16,94	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	189	100.00 – 300.00	
	RDW, %	12,96	10.00 – 18.00	

6	Пациент: Оля, 5 лет			Лейкопения, анемия средней степени тяжести, тромбоцитопения (панцитопения)
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	1,62	4.00 – 10.00	
	LYM, %	72,66	20.00 – 50.00	
	MPD, %	6,01	1.00 – 15.00	
	GRA, %	21,33	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	3,01	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	87	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	350,05	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	28,89	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	82,53	80.00 – 99.00	
	HCT, %	24,85	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	82	100.00 – 300.00	
	RDW, %	7,94	10.00 – 18.00	
7	Пациент: Григорий, 7 лет			Лейкопения, анемия тяжелой степени тяжести, нормохромная, нормоцитарная, тромбоцитопения (панцитопения)
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	1,5	4.00 – 10.00	
	LYM, %	40,18	20.00 – 50.00	
	MPD, %	8,72	1.00 – 15.00	
	GRA, %	48,10	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	5,03	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	60	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	320,66	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	30,4	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	81,57	80.00 – 99.00	
	HCT, %	41,05	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	2,3	100.00 – 300.00	
	RDW, %	13,2	10.00 – 18.00	
8	Пациент: Лена, 4 года			Тромбоцитопения, анемия легкой степени тяжести, гипохромная, микроцитарная
	Показатель	Результат	Референсные значения	
	WBC, *10 ⁹ /л	6,11	4.00 – 10.00	
	LYM, %	48,19	20.00 – 50.00	
	MPD, %	4,78	1.00 – 15.00	
	GRA, %	47,03	40.00 – 70.00	
	RBC, *10 ¹² /л	4,07	3.80 – 5.80	
	HGB, г/л	107	110.00 – 185.00	
	MCHC, г/л	351,01	320.00 – 360.00	
	MCH, пг	26,29	26.50 – 33.50	
	MCV, фл	74,91	80.00 – 99.00	
	HCT, %	30,48	30.00 – 50.00	
	PLT, 10 ⁹ /л	48 (единичные)	100.00 – 300.00	
	RDW, %	8,91	10.00 – 18.00	

9		Абсцесс в правом легком
10		Инородное тело в главном бронхе нижней доли. Гиперинфляция нижней доли

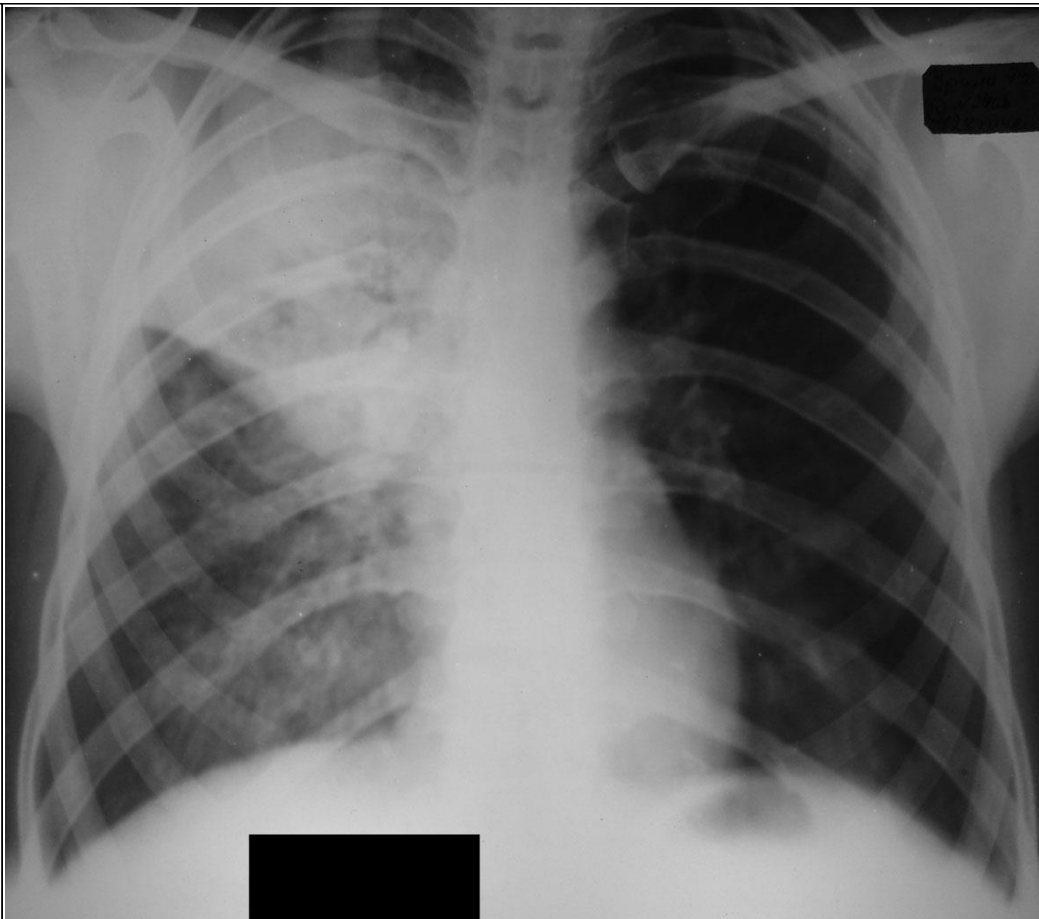
11		<p>Инородное тело в главном бронхе правого легкого</p>
12		<p>Очагово-сливная пневмония в нижней доле справа</p>

13



Очагово-сливная
пневмония справа
с буллой

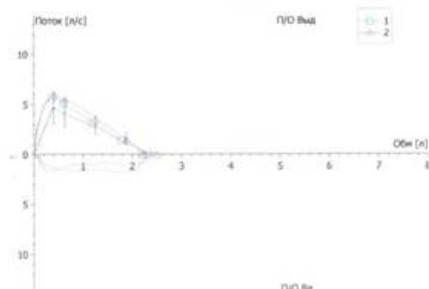
14



Сегментарная
пневмония

15

Дата рождения: 28.01.2001 Возраст: 11 Years
Пол: female Вес: 40,0 kg
Рост: 142,0 cm



		PVO №				
	Долж	P1	% (P1/D)	P2	% (P2/D)	% (P2-P1) / P1
VC MAX	[L]	2.38	99.52 %	2.49	104.65 %	5.15
FVC	[L]	2.30	100.34 %	2.49	108.40 %	8.02
FEV 1	[L]	1.97	110.21 %	2.19	111.41 %	1.09
FEV 1 % VC MAX	[%]	84.73	91.65 108.17 %	88.11	103.99 %	-3.86
FEV 1 % FVC	[%]	84.73	94.16 111.13 %	88.11	103.99 %	-6.42
PEF	[L/s]	4.67	5.67 121.53 %	6.01	128.91 %	6.07
MEF 75	[L/s]	4.17	5.13 123.22 %	5.50	131.95 %	7.09
MEF 50	[L/s]	2.94	3.17 107.57 %	3.53	120.03 %	11.58
MEF 25	[L/s]	1.51	1.45 96.21 %	1.52	100.36 %	4.31
MEF 75/25	[L/s]	2.58	2.70 104.71 %	3.08	119.33 %	13.96
FIV1	[L]	1.66		1.66		-0.06
FIF	[L/s]	1.80		1.62		-10.00
FIF 50	[L/s]	1.56		1.04		-33.14
FEF50 % FIF50	[%]	203.41		339.48		66.89

Суботация
Дога

Verodual

Дата 220212 220212
Время 10:33 11:00

Грубых
нарушений
легочной
вентиляции не
выявлено, проба с
бронхолитиком
отрицательная

Дата рождения: 28.01.2001 Возраст: 13 Years
Пол: female Вес: 51,0 kg
Рост: 164,0 cm

		Долж	P1	% (P1/Д)	P2	% (P2/Д)	% (P2-P1) / P1
VC MAX	[L]	3.48	3.73	107.33 %	4.13	118.74 %	10.63
FVC	[L]	3.45	3.73	108.30 %	4.13	119.81 %	10.63
FEV 1	[L]	2.92	3.16	108.01 %	3.70	126.41 %	17.04
FEV 1 % VC MAX	[%]	83.81	84.55	100.88 %	89.45	106.72 %	5.79
FEV 1 % FVC	[%]	83.81	84.55	100.88 %	89.45	106.72 %	5.79
PEF	[L/s]	6.54	8.16	124.79 %	9.35	142.96 %	14.56
MEF 75	[L/s]	5.68	6.72	118.32 %	7.12	125.31 %	5.91
MEF 50	[L/s]	4.03	4.01	99.55 %	5.34	132.54 %	33.13
MEF 25	[L/s]	2.08	1.62	78.19 %	2.23	107.19 %	37.10
MMEF 75/25	[L/s]	3.62	3.39	93.55 %	4.36	120.42 %	28.72
FIV1	[L]	3.32	3.32		3.32		0.04
FIF	[L/s]	3.46	3.46		3.86		11.65
FIF 50	[L/s]	3.40	3.40		3.81		11.99
FEF50 % FIF50	[%]		117.96		140.22		18.87
Субстанция							
Доза							
Дата		070814			070814		
Время		09:15			09:35		

Грубых нарушений легочной вентиляции не выявлено. Проба с бронхолитиком положительная

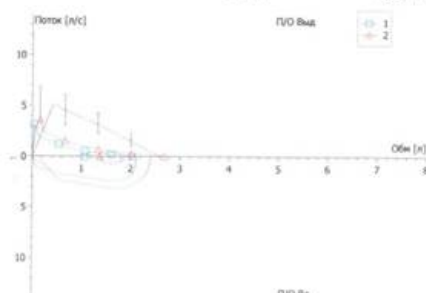
Дата рождения: 29.10.1998 Возраст: 14 Years
Пол: female Вес: 52,0 kg
Рост: 160,0 cm

		Долж	P1	% (P1/Д)	P2	% (P2/Д)	% (P2-P1) / P1
VC MAX	[L]	3.26	2.90	89.01 %	3.30	101.24 %	13.75
FVC	[L]	3.22	2.90	90.21 %	3.30	102.62 %	13.75
FEV 1	[L]	2.73	2.09	76.65 %	2.53	92.69 %	20.93
FEV 1 % VC MAX	[%]	83.98	72.17	85.94 %	76.73	91.37 %	6.31
FEV 1 % FVC	[%]	83.98	72.17	85.94 %	76.73	91.37 %	6.31
PEF	[L/s]	6.17	5.40	87.56 %	5.97	96.74 %	10.48
MEF 75	[L/s]	5.39	3.27	60.61 %	4.20	77.94 %	28.58
MEF 50	[L/s]	3.62	1.78	48.54 %	2.51	65.66 %	41.08
MEF 25	[L/s]	1.97	0.67	33.91 %	0.94	47.84 %	41.07
MMEF 75/25	[L/s]	3.42	1.48	43.37 %	2.11	61.60 %	42.04
FIV1	[L]	2.64	2.64		3.02		14.17
FIF	[L/s]	3.95	3.95		4.03		1.88
FIF 50	[L/s]	3.91	3.91		3.41		-12.83
FEF50 % FIF50	[%]		45.42		73.51		61.84
Субстанция							
Доза							
Дата		231112			231112		
Время		12:05			12:37		

Нарушения легочной вентиляции по обструктивному типу легкой степени тяжести. Проба с бронхолитиком положительная

18

Дата рождения: 04.09.1997 Возраст: 14 Years
 Пол: female Вес: 41,0 kg
 Рост: 148,0 cm



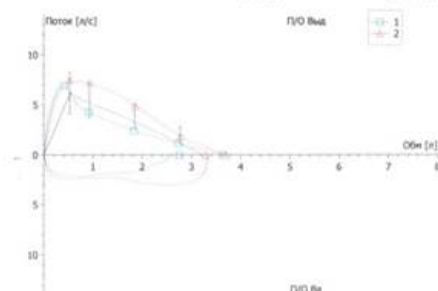
		ПЮ Вд				
		Долж	П1	% (П1/Д)	П2	% (П2/Д)
VC MAX	[L]	2.65	2.14	80.53 %	2.68	100.84 %
FVC	[L]	2.58	2.02	78.26 %	2.68	103.67 %
FEV 1	[L]	2.21	1.06	48.02 %	1.37	62.08 %
FEV 1 % VC MAX	[%]	84.48	49.56	58.66 %	51.17	60.58 %
FEV 1 % FVC	[%]	84.48	52.43	62.06 %	51.17	60.58 %
PEF	[L/s]	5.14	3.16	61.47 %	3.61	70.25 %
MEF 75	[L/s]	4.56	1.21	26.59 %	1.57	34.43 %
MEF 50	[L/s]	3.22	0.56	17.38 %	0.69	21.50 %
MEF 25	[L/s]	1.66	0.24	14.30 %	0.28	16.91 %
MEF 75/25	[L/s]	2.85	0.45	15.86 %	0.58	20.26 %
FIV1	[L]		1.92		2.24	
PIF	[L/s]		2.37		3.18	
PIF 50	[L/s]		2.00		2.76	
FEF50 % FIF50	[%]		27.99		25.09	-10.35

Субстанция: Ventolin
 Доза:

Нарушения
 легочной
 вентиляции по
 смешанному типу
 с преобладанием
 обструктивных
 тяжелой степени
 тяжести. Проба с
 бронхолитиком
 положительная

19

Дата рождения: 28.01.2001 Возраст: 13 Years
 Пол: female Вес: 50,0 kg
 Рост: 160,0 cm

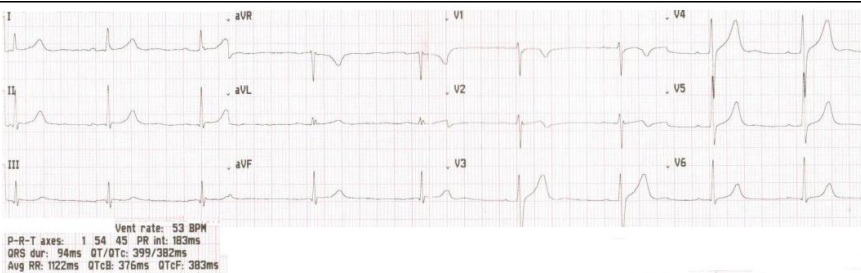


		ПЮ Вд				
		Долж	П1	% (П1/Д)	П2	% (П2/Д)
VC MAX	[L]	3.26	3.64	111.55 %	3.69	113.05 %
FVC	[L]	3.22	3.64	113.06 %	3.69	114.58 %
FEV 1	[L]	2.73	2.74	100.34 %	3.28	120.14 %
FEV 1 % VC MAX	[%]	83.98	75.39	89.77 %	89.06	106.05 %
FEV 1 % FVC	[%]	83.98	75.39	89.77 %	89.06	106.05 %
PEF	[L/s]	6.17	6.92	112.22 %	7.48	121.30 %
MEF 75	[L/s]	5.39	4.29	79.62 %	7.19	133.35 %
MEF 50	[L/s]	3.02	2.43	80.63 %	4.88	127.79 %
MEF 25	[L/s]	1.97	1.11	56.66 %	1.84	93.43 %
MEF 75/25	[L/s]	3.42	2.12	62.00 %	3.99	116.56 %
FIV1	[L]		2.37		2.62	
PIF	[L/s]		2.40		3.03	
PIF 50	[L/s]		1.84		2.40	
FEF50 % FIF50	[%]		132.02		203.57	54.19

Субстанция: Ventolin
 Доза:

Дата: 250314 250314
 Время: 14:41 14:59

Грубых
 нарушений
 легочной
 вентиляции не
 выявлено.
 Признаки
 обструкции по
 FEV1 к FVC.
 Проба с
 бронхолитиком
 положительная

20		Синусовая брадиаритмия
----	--	------------------------

5.2.2. Банк клинических задач по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

№	Задача	Пример ответа
1	<p>Кирилл, 3 мес 20 дней, Обратился с жалобами: врач-педиатр на плановом приеме в 3 месяца при аускультации обнаружила свисты на выдохе, получен (+) эффект применения ингаляций беродуала (6 кап x 3 р/сут, 5 дней) и возобновление свистов после отмены препарата. Анамнез: беременность протекала нормально, роды в срок, масса при рождении 3 420, в 3 мес – 6100; период новорожденности б/о, вскармливание грудное. В 6 недель впервые появилось свистящее дыхание на фоне полного здоровья, нормальной температуры и самочувствия, направлен в стационар, где лечился с диагнозом обструктивный бронхит: цефтриаксон в/м x 7 дней, ингаляции пульмикорта + беродуал. Выписан с полным выздоровлением. В 2 мес отметили появление высыпаний в области лица, появилась слизь в стуле.</p> <p>Rp-логическое обследование выполнялось в стационаре - очаговых изменений не было. КАК в 3 мес - выявлена эозинофилия (10%). УЗИ сердца – патологии не выявлено.</p> <p>Наследственность: мать в детстве лечилась по поводу астмы бронхиальной. Объективные данные в 3 мес 20 дней: состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. В области лица легкая эритема, шелушение, единичные папулезные высыпания. ЧД 46 в мин. ЧСС 116 в мин. Дыхание пуэрильное, проводится равномерно, свисты на выдохе. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, иногда слизь в стуле. 1. Предположительный клинический диагноз. 2. Какие клинические симптомы характерны и должны насторожить врача в отношении исключения аллергии к БКМ 3. Первые шаги педиатра для уточнения диагноза</p>	<p>1. Пищевая аллергия (БКМ?): Атопический дерматит. Интестинальная аллергия. Обструктивный бронхит, ДН1. 2. Симптомы обструктивного бронхита без симптомов интоксикации и признаков ОРВИ, симптомы атопического дерматита и появление слизи в стуле, наследственная отягощенность по атопии (астма у матери в анамнезе), периферическая эозинофилия 3. Исключить из диеты матери БКМ и содержащие их продукты, оценить состояние ребенка через 2 недели</p>

2	<p>Пациент А., 15 лет, обратилась с жалобами на постоянную заложенность носа, гнойные выделения из носа, рецидивирующие отиты, пневмонии. Анамнез беременности и родов без особенностей, с первых лет жизни часто болела, не посещала ДШО. До 3-х лет 5-ть госпитализаций по поводу гастроэнтерита, дизентерии. В 5 лет перенесла вирусный гепатит А. С 10 лет постоянная заложенность носа, гнойные выделения из носа, первый гнойный ОСО с перфорацией барабанной перепонки, затем ОСО повторялся 5-6 раз/год, сопровождался длительной отореей. Развилась нейросенсорная тугоухость, хронический тонзиллит, хронический гнойный гайморит. С 11 лет трижды госпитализировалась с пневмонией тяжелого течения, сформировался хронический бронхит с признаками хронической ДН (одышка и периферический цианоз при беге и быстрой ходьбе). Лечилась А/Б и симптоматическими средствами. В анализах крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ. В б/х анализе уровень общего белка 6,9, снижение гамма-фракции. В 14 лет впервые проведено исследование иммуноглобулинов крови: полное отсутствие иммуноглобулинов класса А, М и снижение IgG до 108 мг% 1. Предположительный клинический диагноз. 2. Какие изменения в параклинических анализах могли бы позволить заподозрить иммунодефицитное состояние еще до проведения иммунологического обследования? 3. Перечислите основные клинические симптомы, характерные для данной нозологии 4. Какая терапия является патогенетической и может предупредить развитие осложнений?</p>	<p>1. Общая вариабельная иммунная недостаточность (ОВИН). 2. Снижение общего белка, снижение гамма-фракции белка 3. Рецидивирующие воспалительные процессы различной локализации, плохой или недостаточный ответ на адекватную антибиотикотерапию 4. Пожизненное введение в/в иммуноглобулинов 1 раз в 3 недели</p>
3	<p>Ребёнок, 1 месяц, находится на «Д»-наблюдении у невропатолога с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионно – гидроцефальный синдром, синдром гипервозбудимости». Вакцинирован против ВГВ и ТВС в род.доме. Запланируйте вакцинацию на первые 6 месяцев жизни. Обоснуйте выбор вакцины. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании перед вакцинацией?</p>	<p>1. Осмотр невропатолога перед каждой вакцинацией. 2. 1 месяц - рекомбинантная вакцина против ВГВ 2 месяца - Превенар (против пневмококковой инфекции) 3 месяца - Имовакс полио (Полиорикс) + Инфанрикс или Пентаксим 4,5 месяца - Имовакс полио (Полиорикс) + Инфанрикс или Пентаксим + Превенар 6 месяцев - ОПВ + Инфанрикс + ВГВ или (Тетраксим+ ВГВ) или Инфанрикс-Гекса 3. Учитывая неврологическую симптоматику, показано использование ацеллюлярной коклюшной вакцины, как менее реактогенной.</p>
4	<p>Ребёнку 4,5 месяца. Вакцинирован по календарю. После вакцинации в 3 месяца в месте инъекции возникли гиперемия и уплотнение диаметром 9 см, температура тела до 40°С. Каков объём вакцинации был в 3 месяца? Интерпретируйте симптоматику. Нуждается ли в мед отводе от проф.прививок в настоящее время? Запланируйте очередную прививку. Укажите особенности наблюдения пациента в поствакцинальном периоде.</p>	<p>1. В 3 мес - АКДС + ИПВ (Имовакс полио или Полиорикс), после чего возникла сильная (или патологическая) реакция на прививку. Введение АКДС (с цельноклеточным коклюшным компонентом) в дальнейшем противопоказано. 2. В 4,5 месяца - АаКДС (с бесклеточным коклюшным компонентом) или АДС - м + ИПВ + Превенар. 5. 30 минут после прививки - наблюдение в поликлинике; осмотр участковой медицинской сестрой в течение 3 суток после вакцинации (инактивированные вакцины).</p>
5	<p>Девочка, 7 лет. Реакция Манту - папула 8 мм. От ВГВ не привита. Запланируйте очередные прививки на год. Как будет прививаться против ВГВ? Нуждается ли в дополнительном обследовании перед вакцинацией?</p>	<p>1. АДС - м + ОПВ + вакцина против ВГВ (возможно использование вакцины Бубо-М (АДС - м + ВГВ)) 2. Ревакцинация против туберкулеза не показана (положительная реакция Манту). 3. В дополнительном обследовании перед вакцинацией против ВГВ не нуждается. 4. Вакцинация против ВГВ по схеме 0-1-6 месяцев. 5. Через месяц от последней вакцинации (если сезон) разрешена вакцинация против гриппа.</p>

6	<p>Ребёнку 9 месяцев. Вакцинировался по календарю. В 8 месяцев перенёс корь средней степени тяжести. Запланируйте вакцинацию на очередной эпикризный срок (до 12 мес). Обоснуйте выбор вакцины. Как будет наблюдаться ребёнок в поствакцинальном периоде?</p>	<p>1. В 12 мес показаны: реакция Манту (проверить через 72 часа), живая паротитная вакцина (Россия) + живая вакцина против краснухи (Россия) 2. 30 минут после прививки - наблюдение в поликлинике. 3. Осмотр участковой медицинской сестрой на 5 и 10 сутки после вакцинации (живые вакцины).</p>
7	<p>Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие - после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении «кусковой» пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в приёмах пищи. Мать ребенка - 39 лет, гастрит; отец - 38 лет, гастродуоденит; дедушка (по матери) - рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой - штангой. При осмотре: рост 160 см, масса 50 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком и в пилородуоденальной области появляется болезненность. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - 4,4х 10¹²/л; Лейк - 7,2х 10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: а₁ - 5%, а₂ - 10%, Р - 12%, у - 18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, рыхлость слизистой, кардия смыкается недостаточно. Умеренно выраженные моторные нарушения в области нижнего пищеводного сфинктера. Слизистая оболочка желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52х30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная. Обследование на НР-инфекцию: отрицательный. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назначьте лечение данному больному. 3. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку? 4. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой?</p>	<p>1. Гастроэзофагальнорефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит 1 А степени), легкая форма. 2. Нексиум — 20 мг/сутки за 30 минут до еды однократно в течение 8 недель, Фосфалюгель по 1 пакетику через 1,5 ч после еды три недели или Гевискон (Гевискон-форте) по 5,0 мг 3 раза в день после еды — 2 недели; Мотилиум — 3 недели. Из минеральных вод - слабоминерализованные щелочные воды (Боржоми, Славяновская, Смирновская) в теплом и дегазированном виде за 30-40 мин до еды в течение 4 недель из расчета 3 мл на кг массы тела. 3. Спать на кровати с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом. Не лежать после еды в течение 1,5-2 часов. Последний прием пищи за 3-4 ч до сна. Ограничить прием жирной пищи, шоколад, кофе, газированные напитки, чеснок, перец, лук, кислые фруктовые соки. Категорически противопоказано переедания. Избегать тесной одежды, тугих поясов и работ в наклонном положении тела. 4. нет</p>

8	<p>Максим М., 2 г 5 мес, поступил в гастроэнтерологическое отделение стационара по поводу потери массы тела, снижения аппетита, тошноты, нарушения характера стула (жидкий с примесью зелени, до 6 раз в сутки) Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первой половине беременности, 2 срочных родов. Вес при рождении 3600 г, длина 54 см. Наследственность неотягощена. На естественном вскармливании находился до 6 месяцев. В 7 месяцев после введения геркулесовой каши отмечался учащенный разжиженный стул, после исключения геркулесовой каши из рациона стул самостоятельно восстановился. В 8 мес ребенок стал получать сухарики, печенье, стул не изменился. В возрасте 2 г 4 мес после употребления абрикосов появился учащенный (до 6-10 раз в сутки) разжиженный стул, иногда зеленого цвета, тошнота, слабость, снижение аппетита, быстрая утомляемость, нарушение сна, ребенок начал терять в весе. При поступлении: состояние тяжелое, обусловленное диарейным синдромом, признаками эксикоза, эндогенной интоксикации. Масса тела 16 кг. Ребенок вялый, на осмотр реагирует плачем. Тургор тканей снижен, диффузно снижен мышечный тонус. В легких хрипов нет. Язык обложен у корня белым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, при пальпации – мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Стул жидкий, желтого цвета с неперевавленными комочками до 4 – 5 раз в сутки. Моча прозрачная, светлая. В клиническом анализе крови - анемия 1 ст (Hb 106 г/л). В б/м анализе – снижение холестерина, общий белок на нижней границе нормы, снижен уровень сывороточного железа (8,6), другие показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи - б/о. 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительное обследование 3. Тактика ведения больного после постановки окончательного диагноза.</p>	<p>1. Синдром нарушенного кишечного всасывания; хронический энтероколит; лямблиоз, целиакия. 2. Определение уровня антиглиадиновых антител, антител к тканевой транскламиназе, антиэндомизальных антител. 3. ЭГДС с последующим исследованием биоптатов дистального отдела 12-перстной кишки. 4. Пожизненная безглютеновая диета.</p>
9	<p>Мальчик В., 12 лет поступил в стационар. Жалобы. Лихорадка 38°, тошнота, умеренная головная боль, приступообразные боли в животе, сухой малопродуктивный кашель, высыпания на коже. Анамнез заболевания. Известно, что на протяжении недели беспокоит бессонница, головные боли, незначительные боли в животе после еды, тошнота, периодически сухой кашель, который усиливается ночью, тошнота, снижение аппетита. Анамнез жизни. Ребенок развивался согласно возрасту. Живет в благополучной семье. Помимо В. в семье еще двое детей. Аллергологический анамнез: аллергия на цитрусовые. У матери поллиноз, у бабушки со стороны матери аллергия на бытовую пыль. Дополнение к анамнезу: в квартире у В. проживает 2 собаки и кошка, лето провел у родственников в деревне. Объективно. Кожные покровы сухие, бледные, высыпания по типу крапивницы на всей поверхности туловища, на конечностях. Лимфатические узлы шейные, подчелюстные увеличены 1-1,5 см, слегка болезненны, подвижны, эластичны, не спаяны друг с другом и окружающими тканями. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +2,5 см, селезенка не пальпируется. Перкуторно: границы сердца в пределах возрастной нормы, аускультативно - короткий систолический шум на верхушке. ЧСС 80 в мин. АД- 110/80. В легких перкуторно ясный легочный звук, аускультативно- сухие диффузные хрипы. Инструментально -лабораторные данные. ОАК: Eг- 3,5x10¹²/л, Hb-85г/л, Ht-35%, Le-26x10⁹/л, Ю-1%, П-3%, С-50%, Э-20%, Б-1%, Лф-20% М-5%, СОЭ-5мм/ч, Tr-180x10⁹/л. ОАМ: в пределах возрастной нормы. Б/х крови: глюкоза- 3,8 ммоль/л, общий белок- 70 г/л, СРБ 2 мг/л, АЛТ- 30 ед, АСТ- 25 ед, общий билирубин-10 мкмоль/л, ферритин- 15 мкг/л, трансферрин- 2 г/л, ОЖСС-90 мкмоль/л, Fe- 6,5 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости: отмечается увеличение печени за счет правой доли-120 мм, левая доля-50 мм. Поставьте предварительный диагноз. Какое исследование нужно провести, чтобы поставить окончательный диагноз? Дальнейшая тактика.</p>	<p>1. токсокароз ? 2. ИФА с определением титра антител класса IgG к антигену токсокары. (Диагностическим считается титр 1:800). 3. Альбендазол 5-10 мг/кг/сутки в 2 приема 10-15 дней. Не более 2 курсов (Вермокс 5-10 мг/кг/сутки в 3 приема - 10-14 дней Немазол 10 мг/кг/сутки 2 приема - 10 дней) 4. диспансерное наблюдение: 3-5 лет (в зависимости от тяжести заболевания) Исследование периферической крови (эозинофилия) 1 раз в 3 месяца Повторные курсы не ранее, чем через 3 месяца</p>

10	<p>Дарья, 7 лет. Диспансерный учет: Бронхиальная астма, аллергическая форма, средней степени тяжести. Сенсibilизация к клещу домашней пыли, шерсти кошки. Поддерживающее лечение в течение последних 6 месяцев – беклазон-эко легкое дыхание 100 мкг 2 раза в день. Начат курс АСИТ аллергеном клеща домашней пыли. В течение последнего месяца эпизоды свистящего дыхания в дневное и ночное время 3-4 раза в неделю, купируются приемом беродуала 2 дозы. Отмечает снижение физической активности. Триггеры – домашние животные, домашняя пыль. Спирометрия – ОФВ1 68,4%. Коэффициент улучшения по ОФВ1 18%. АСТ-тест – 14 баллов. 1. Оценить показания спирометрии. 2. Оценить уровень контроля БА. 3. Составить план диспансерного наблюдения и программу реабилитации.</p>	<p>1. Умеренные нарушения ФВД по обструктивному типу. Проба с бронхолитиком положительная. 2. Неконтролируемое течение БА. 3. Осмотр педиатра 4 раза в год. Осмотр пульмонолога, аллерголога 2 раза в год. Консультация ЛОР 1 раз в год. Спирометрия 2 раза в год. ОАК, ОАМ 1 раз в год. Гипоаллергенный быт, исключить контакт с животными. Базисное лечение – комбинированные препараты (серетид, симбикорт) 3 месяца, затем контроль терапии. Пикфлоуметрия, ведение дневника симптомов БА. АСИТ с аллергеном клеща домашней пыли. ЛФК, дыхательная гимнастика. Санаторно-курортное лечение (климатолечение). Образовательные программы.</p>
11	<p>Михаил, 14 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией желудка, НР (-). В течение последнего года периодически боли в эпигастриальной области при несоблюдении диеты и физической нагрузке. Составить план диспансерного наблюдения и программу реабилитации.</p>	<p>1. Педиатр – 2 раза в год. 2. Гастроэнтеролог – 2 раза в год. 3. ЛОР, стоматолог – 1 раз в год. 4. ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на яйца гельминтов – 2 раза в год. 5. ФГДС – 1 раз в год. 6. рН – метрия желудка – 1 раз в год. 7. Режим – щадящий, с ограничением физических нагрузок, психо-травмирующих ситуаций. 8. Диета - при обострении стол № 1, в ремиссии стол № 5. 9. Противорецидивное лечение 2 раза в год в течение 3 недель: - ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол), - цитопротекторы (де-нол, вентер, вентрисол, бисмофальк), - фитотерапия - желудочный сбор (ромашка, мята, зверобой, бессмертник, девясил, шиповник, пустырник, валериана), - минеральные воды – в стадии ремиссии, после курса фитотерапии, слабой минерализации 10. Санаторно - курортное лечение (бальнеолечение)</p>
12	<p>Вероника, 10 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом: Хронический вторичный пиелонефрит, ФПС. В течение последнего года обострений не было. Составить план диспансерного наблюдения и программу реабилитации.</p>	<p>1. Педиатр – 2 раза в год. 2. Уролог – 1 раз в год. 3. Стоматолог, ЛОР – 1 раз в год. 4. ОАК, ОАМ – 2 раза в год. 5. Посев мочи - 1 раз в год. 6. Проба по Зимницкому – 1 раз в год. 7. Контроль ОАМ после каждого ОРЗ. 9. УЗИ почек – 1 раз в год. 10. Режим охранительный, ограничение физических нагрузок, исключение факторов охлаждения. 11. Диета: стол № 5. 12. Противорецидивное лечение 2 курса в год: 10 дней уросептик, 20 дней фитотерапия, 20 дней слабоминерализованная минеральная вода 13. Соблюдение режима регулярных мочеиспусканий (через 2-3 часа). 14. Санаторно - курортное лечение (бальнеолечение).</p>

13	<p>Степан, 6 лет. Взят на диспансерный учет с диагнозом: Ювенильный артрит. Составить план диспансерного наблюдения и программу реабилитации.</p>	<p>1. Осмотр ревматолога – 1 раз в месяц. 2. Окулист – 1 раз в 3 месяца (осмотр с помощью щелевой лампы). 3. ЭКГ – 1 раз в 3-6 месяцев 4. В период базисной терапии – ОАК и б/х крови 1 раз в 2 недели. 5. ФГС – 1 раз в 6 месяцев (при лечении ГКС и НПВП). 6. УЗИ внутренних органов, суставов, ЭхоКГ – по показаниям. 7. Ортопедическая коррекция – шины, лонгеты, стельки, съемные аппараты. 8. Ограничение двигательного режима - в период обострения. 9. Исключить пребывание на солнце. 10. Диета с повышенным содержанием белка, кальция и вит Д. 11. Базисное лечение: длительно комбинированная терапия: метотрексат + моноклональные антитела (инфликсимаб, ритуксимаб, адалимумаб и др.) или метотрексат + генно-инженерные препараты (абатацепт и др.). 12. Оформление инвалидности.</p>
14	<p>На приеме у участкового педиатра девочка в возрасте 1,5 лет. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Вакцинация проводится согласно Национальному календарю профилактических прививок. Опишите план диспансерного наблюдения ребенка до 2х лет. Дайте рекомендации по дальнейшей вакцинации, физическому воспитанию ребенка. Составьте приблизительное меню.</p>	<p>1. Диспансерное наблюдение (согласно Приказу № 1346н от 21.12.12 г.) включает осмотр педиатром в 1 г 6 мес, в 1 г 9 мес; в 2 г – педиатром и детским стоматологом. Обследование в 1 г 9 мес и 2 года: ОАК и ОАМ. 2. Ревакцинация АКДС+ОПВ (18 мес), ОПВ (20 мес), ежегодная вакцинация против гриппа. 3. Рациональное питание (составить приблизительное меню) 4. Закаливание, двигательная активность. 5. Витаминно-минеральные комплексы.</p>
15	<p>Сформулируйте рекомендации по подготовке к поступлению в детское дошкольное учреждение ребенку 2х лет из группы риска повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации.</p>	<p>1. Формирование у ребенка режима дня дошкольного учреждения. 2. Обучение элементам самообслуживания. 3. Практиковать опыт пребывания ребенка вне семьи. 4. Рациональное питание (режим и, по возможности, меню приблизить к питанию в ДДУ). 5. Закаливание, двигательная активность. 6. Санация очагов хронической инфекции носоглотки. 7. Витаминно-минеральные комплексы. 8. Специфическая (в т.ч. вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции) и неспецифическая профилактика ОРЗ (индукторы интерферонов, бактериальные лизаты) за 2-3 месяца до поступления в ДДУ.</p>

16	<p>Ребенок 2х лет оформляется в детское дошкольное учреждение (ДДУ). Определите тактику врача и воспитателя ДДУ по смягчению периода адаптации и профилактике срыва адаптации.</p>	<p>1. Постепенное формирование групп, прием за неделю 2-3х новых детей, чтобы персонал мог уделить «новеньким» достаточно времени. 2. Соблюдение принципов ступенчатой адаптации, постепенное увеличение времени пребывания ребенка в группе, начиная с 1-2х часов. Пребывание ребенка вблизи воспитателя. 3. Допуск в группу родителей при прогнозировании тяжелой адаптации. 4. Проведение дневного сна в первую неделю в домашних условиях. 5. Сохранение имеющихся привычек, особенностей засыпания и кормления, брать любимые игрушки в ДДУ. 6. Исключить насильственное кормление и укладывание спать. 7. Не заставлять ребенка против его желания привлекать к коллективным играм, занятиям, дать возможность «понаблюдать со стороны». 8. Обеспечение ребенку теплового и психологического комфорта. 9. В период адаптации не переводить ребенка из группы в группу. 10. В период адаптации нельзя проводить следующие процедуры: вакцинация, массаж, закаливание. 11. За 2-3 мес до поступления в ДДУ: санация очагов хронической инфекции носоглотки; назначение витаминно-минеральных комплексов; проведение ребенку специфической (по показаниям) и неспецифической профилактики ОРЗ.</p>
----	--	---

17	<p>Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. Данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачам родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, ребенок был госпитализирован. Девочка родилась от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. В возрасте 1 месяца был выслушан систолический шум с <i>punctum maximum</i> в III—IV межреберье слева от грудины. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не наблюдалось, лечения не получала. При поступлении: состояние больной тяжелое, очень бледная, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание во II-III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III—IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически над всей областью сердца. Во II—III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева - акцент II тона. Частота сердечных сокращений 100 ударов в мин. АД 115/40 мм рт.ст., Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии. Дополнительные данные исследования к задаче по</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 105 г/л, Эр - 4,1х10¹²/л, Лейк - 12,0х10⁹/л, п/я - 7%, с - 37%, э - 3%, л - 50%, м - 3%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - 0,05%, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.</p> <p>1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Назовите основные клинические критерии данного заболевания, в том числе и не представленные у больной. 3. Предрасполагающие факторы развития данного заболевания. 4. Дополнительные обследования. Предполагаемые результаты?. 5. Составьте план лечения больной. 6. Почему именно данный вариант анатомического расположения ДМЖП осложнен? 7. Почему снижено диастолическое давление? 8. Ожидаемые эхокардиографические результаты.</p>	<p>1. Инфекционный эндокардит, вторичный, на фоне дефекта межжелудочковой перегородки, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность II Б степени. 2. Синдром бактериемии и септицемии - лихорадка, геморрагические высыпания, лейкоцитоз, гиперСОЭ. Синдром интоксикации - цвет «кофе с молоком», слабость, утомляемость, артралгии и др. Синдром тромбоэмболических осложнений. Синдром клапанной трансформации. Лабораторные иммунные нарушения, - циркулирующие ИК, ревматоидный фактор. Синдром иммунных поражений органов и тканей - поражение почек, сердца и сосудов. 3. Дефект межжелудочковой перегородки. 4. Многократный посев крови, УЗИ, ФКГ, рентген грудной клетки, повторные анализы мочи (через 3 дня). 5. Режим постельный, диета № 10. Массивная и длительная антибиотикотерапия (пенициллин 300000-500000 ЕД/кг не менее 3-4 недель. Возможна дальнейшая замена пенициллина на антибиотики цефалоспоринового ряда в дозах, в 1,5-2 раза превышающих общепринятые. Обязательно постельный режим. Санация очагов инфекции. В иммуновоспалительную фазу наряду с антибактериальной терапией показано использование противовоспалительных препаратов. 6. Субаортальное расположение ДМЖП: турбулентный ток крови постоянно повреждает эндокард. 7. Недостаточность аортального клапана. 8. Неоднородности, разрыхления и вегетации в полости левого желудочка и на створках аортального клапана.</p>
----	--	--

18	<p>Больной Г., 12 лет, госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10-20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2-3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями. Мальчик родился в срок от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась.</p> <p>Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца - язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь. При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожные покровы чистые, с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Орнтера слабо положительные. Стул и мочеиспускание не нарушены. Дополнительные данные исследования к задаче ОАК: НЬ - 110 г/л, Эр - 3,0x10¹²/л, Лейк - 7,8x10⁹/л, п/я - 4%, с - 68%, э - 1%, л - 25%, м - 2%, СОЭ - 7 мм/час. ОАМ: удельный вес - 1025, белок - abs, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Б/х крови: СРБ - +, АСЛ-0 - 1:625, АСГ - 1:300, глюкоза - 3,5 ммоль/л, АЛТ - 40 Ед/л, АСТ - 35 Ед/л. ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в мин, электрическая ось сердца не отклонена, В положении стоя учащение ЧСС до 96 ударов в мин. 1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. Какие изменения Вы ожидаете? 3. Консультация каких специалистов необходима данному больному? 4. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания? 5. Обоснуйте Ваше мнение относительно причины кардиалгии у больного. 6. Каковы принципы лечения данного заболевания? 7. Каков прогноз данного заболевания? 8. Каков механизм боли в области сердца в данном случае? 9. Чем определяется тяжесть заболевания? 10. Какие специалисты должны наблюдать ребенка на участке? 11. Как изменяется артериальное давление с возрастом ребенка?</p>	<p>1. Нейроциркуляторная дистония (вегетососудистая дистония) по ваготоническому типу с вагоинсулярными пароксизмами. Хронический тонзиллит. Ваготонический тип, так как имеет место снижение аппетита, утомляемость, неустойчивое настроение. Вагоинсулярный пароксизм: приступ головных болей со рвотой, похолоданием конечностей, снижением АД. 2. КИГ, ЭХОКГ, клиноортостатическая проба, рентгенограмма шейного отдела позвоночника, УЗИ брюшной полости. 3. Консультации кардиолога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, эндокринолога, гомеопата. 4. Неблагоприятное течение беременности, стремительные роды, хронический тонзиллит, отягощенная наследственность у родственников, психотравма, гормональная перестройка. 5. Неврогенный механизм, дисфункция митрального клапана. 6. Санация хронических очагов инфекции, «психотерапия среды», физиотерапия, ноотропные препараты, витамины группы В, препараты кальция. 7. Прогноз благоприятный. 8. Неврогенный механизм, дисфункция митрального клапана. 9. Вагоинсулярные кризы. 10. Наблюдение педиатра, консультации кардиолога, оториноларинголога, стоматолога, гастроэнтеролога. 11. Увеличивается.</p>
----	---	--

19	<p>Мальчик 10 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на нарушение аппетита, боли в животе. Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне нефропатии второй половины. Роды в срок, без осложнений. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Период новорожденности протекал без особенностей. После 1 года жизни часто болел ОРВИ. Семейный анамнез: матери 32 года, здорова. Отцу 36 лет, страдает гипертонзией и заболеванием почек, проявляющимся гематурией, протеинурией, уратурией, оксалатно-кальциевой кристаллурией. У бабушки по линии отца гипертоническая болезнь, мочекаменная болезнь. У дедушки по линии матери мочекаменная болезнь. Ребенок заболел 3 года назад, когда на фоне ОРВИ, протекающего с длительным субфебрилитетом, была обнаружена оксалатно-кальциевая кристаллурия. Лечение по этому поводу не проводилось, диета не соблюдалась, не наблюдался. За 1 неделю до поступления в нефрологическую клинику внезапно появилась боль в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, рвота. Направлен в стационар. Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Кожные покровы чистые, отеков нет, «синева под глазами». Миндалины увеличены, рыхлые. Имеются кариозные зубы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 82 ударов в мин. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность по ходу мочеточников. Стул не нарушен, дизурических явлений нет. ОАК: НЬ - ПО г/л, Эр - 4,5х10¹²/л, Лейк -12,8х10⁹/л, п/я - 6%, с - 70%, э - 1%, л - 18%, м - 5%, СОЭ - 18 мм/час. ОАМ: белок - 0,099%, лейкоциты - 20-25 в п/з, относительная плотность - 1,030, слизь - большое количество. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 25000, эритроциты - 800. Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки - 200000 КОЕ/мл. Б/х крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,06 ммоль/л (норма - 0,035-0,01), калий - 3,9 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л. Б/х мочи: титруемая кислотность - 72 ммоль/сут (норма - 48-62), аммиак - 110 ммоль/сут (норма - 30-65), фосфор - 60,7 ммоль/сут (норма - 19-32), оксалаты - 270 мкмоль/сут (норма - 90—135), мочева кислота - 14,5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), кальций - 10 ммоль/сут (норма - 1,5-4). УЗИ почек и мочевого пузыря: пиелозектазия слева. Сформулировать развернутый клинический диагноз и назначить лечение.</p>	<p>Диагноз: Вторичный хронический пиелонефрит на фоне оксалатно-кальциевой кристаллурии. Период обострения. Функция почек сохранена. Лечение: Диета - стол № 5 + при выраженной оксалурии - на 2-3 нед - картофельно-капустная диета, исключение из диеты продуктов, богатых витамином С, оксалатами (крепкий чай, какао, шоколад, свекла, зеленные овощи (салат, шпинат, петрушка и т.д.), помидоры, смородина, крыжовник, шиповник, резко ограничить молоко). Антибиотики (аминопенициллины защищенные или цефалоспорины 3-4 поколения курс 10-14 дней). Высокожидкостный режим по возрасту, на ночь -200-400 мл щелочной минеральной воды. Вит. Е, А, В6 (20-60мг/сут), комплексообразующие препараты — стабилизаторы цитомембран ксидифон 10-20мг/кг 2раза в день 6-12мес, или димефосфон. Канефрон на 1 месяц. Симптоматическая терапия: при болях в животе — тримедат, но-шпа (коротким курсом). Диспансерное наблюдение.</p>
----	--	---

20	<p>Мальчик 6,5 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. На сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа. Генеалогический анамнез не отягощен.</p> <p>Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами. В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в анализах мочи: относительная плотность - 1,002-1,008, протеинурия. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» небо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС - 90 ударов в мин. АД - 100/55 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальпируется нижний полюс правой почки. Общий анализ крови: НЬ - 102 г/л, Эр - 3,4х10¹²/л, Лейк - 6,5х10⁹/л, п/я - 3%, с - 64%, э - 4%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 200 мл, цвет — желтый, реакция — щелочная, относительная плотность - 1,004, белок - 0,02%. Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1,003-1,009, никтурия.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 59%, а1глобулины - 5%, а2глобулины - 8%, В-глобулины - 13%, у-глобулины - 15%, мочевины - 17,9 ммоль/л, креатинин - 123 ммоль/л (норма - 18-62), калий - 5,16-ммоль/л, натрий - 142,3 ммоль/л. КОС: рН - 7,3, ВЕ - -12 ммоль/л. Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 200), аммиак - 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма — до 1,11). Клиренс по эндогенному креатинину: 50 мл/мин (норма - 80-100). УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, ЧЛС деформирована. Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек.</p> <p>Сформулировать развернутый клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.</p>	<p>Диагноз: ХБП-3 на фоне врожденного порока развития почек (поликистоз почек). ХПН, 3 стадия. Анемия легкой степени тяжести</p> <p>Лечение: Диета — ограничение белка до 1,5 г/кг, исключить мясо, рыбу, творог, снизить соль, витамины гр. В, Е в дозах, больших физиологической потребности в 4 раза.</p> <p>Симптоматическая : коррекция ацидоза — ежедневно сода 0,5-2 ммоль/кг/сут.</p> <p>Коррекция гипертензии — гипотензивные + мочегонные препараты. Коррекция анемии - препараты эритропоэтина. Гемодиализ - при клиренсе эндогенного креатинина <10.</p> <p>Прогноз — сомнительный. Диспансерное наблюдение.</p>
----	--	---

21	<p>Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергоанамнез не отягощен. Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - 4,5х10¹²/л, Лейк - 10,5х10⁹/л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09%, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - 1 в п/з, соли - оксалаты, бактерии - много. Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,3, мочевины - 4,3 ммоль/л. УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107х42х13 мм, правая - 94х37х13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки. Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 КОЕ/мл. Сформулируйте диагноз, дайте рекомендации</p>	<p>Диагноз: Вторичный хронический пиелонефрит на фоне аномалии развития почек (удвоение левой почки). Острое течение, активность II-III степени. ФПС Лечение: Аминопенициллины защищенные (или цефалоспорины 3-4 поколения) — 14 (21) дней с учетом санации мочи и клинических симптомов. Диета — стол № 5, с увеличением количества жидкости на 50 % от возрастной нормы После выписки из стационара продолжить уроантисептики до 1 — 2 мес, далее противорецидивная терапия Диспансерное наблюдение.</p>
22	<p>Ребенок 2 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта. Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0х10¹²/л, Лейк - 12,0х10⁹/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: белок - 3,6 %, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины - 38%, а1-глобулины - 4%, а2-глобулины - 14%, В-глобулины - 18%, у-глобулины - 24%, мочевины - 30,0 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Свободная мочевины проба: относительная плотность - 1,002-1,005, ДЦ - 50,0 мл, НД - 120,0 мл. Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин. Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках. Сформулируйте диагноз. Ваш прогноз?</p>	<p>Диагноз: Врожденный нефротический синдром (финского типа), микрокистоз почек, средней тяжести. Гормонорезистентность (по биопсии). Анемия I степени. Лечение: ограничение жидкости, при снижении альбуминов <15г/л - вв альбумин 10-20% 0,5-1 г/кг. Мочегонные, иммуносупрессивная терапия (циклофосфан 2,5мг/кг 14дней, хлорбутин - 0,2мг/кг 8 недель), плазмаферез -3 сеанса + циклофосфан 12мг/кг в/в, затем- 1раз в неделю, 1 раз в 2 нед - дозы 250мг/кг. Прогноз: неблагоприятный.</p>

23	<p>Никита, 2 г 3 мес. Обратился с жалобами на затяжной кашель в течение 10 недель, рецидивирующий обструктивный бронхит (3 эпизода за истекшие 4 недели). Анамнез: родился в срок, масса тела при рождении 3 500, в 1 мес перенес пневмонию, в 4 мес бронхит. Привит по возрасту, туберкулез и атопические заболевания в родословной отрицали.</p> <p>Собственный аллергоанамнез: отмечали высыпания на коже после употребления некоторых кондитерских изделий.</p> <p>Обструктивные бронхиты протекали без температурной реакции, лечился трижды в стационаре (АБТ, пульмикорт, беродуал), выписывался с улучшением, кашель после выписки сохранялся. По рекомендации педиатра принимал Сингуляр 3 недели – эффекта не было. Осмотр: состояние удовлетворительное, самочувствие не страдало, температура стойко нормальная. Сухой, непродуктивный кашель, в последние 2 недели стал возникать после активных игр. ЧД 28 в мин, ЧСС 98 в мин. Аускультация: свисты на выдохе с двух сторон, над верхней долей правого легкого свисты на вдохе. Факт аспирации отрицали. ОАК – не изменены. Rn (представлено описание) – признаки бронхита с бронхообструкцией. 1. Предположительный клинический диагноз. 2. Тактика</p>	<p>1. инородное тело? 2. экстренная лечебно-диагностическая ТБС.</p>
24	<p>Роман 7 недель жизни. Обратился с жалобами на кашель, насморк, t 37,8, четвертый день заболевания. Анамнез: заболел остро после контакта с больным ОРВИ отцом. С 3-го дня заболевания присоединилась одышка, свисты, самочувствие страдало мало. Беременность и роды протекали нормально, родился с весом 3800, вскармливание естественное. Осмотр: состояние средней степени тяжести за счет одышки. ЧД 60 в/мин, втяжение яремной ямки. Перкуссия легких - коробочный звук. Аускультация - мелкопузырчатые влажные хрипы с 2-х сторон, свисты на выдохе. При плаче – периферический цианоз.</p> <p>1. Предположительный клинический диагноз. 2. Определите тяжесть заболевания, степень ДН 3. Необходимые дополнительные исследования 4. Предложите протокол лечения 5. Вариант антибиотикотерапии</p>	<p>1. Острый бронхиолит. 2. Средней степени тяжести, ДН 2. 3. ОАК, Sat O₂ 4. КД β₂ агонисты + 3% NaCl 5. Пациент не нуждается в антибиотикотерапии</p>
25	<p>Мальчик, 4 года, вес 20 кг. У мальчика отмечается повышение температуры тела до 38,2°C, грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа. Из анамнеза известно, что заболел около суток назад. Заболевание началось с чиханья, слизистых выделений из носа, покашливания, затем повысилась температура тела, кашель усилился, приобрел грубый, лающий характер. Около часа назад на фоне сухого кашля появилось учащенное затрудненное дыхание. Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, возбужден, капризен. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. В зеве отмечается гиперемия задней стенки глотки, дужек, миндалин.</p> <p>Наблюдаются явления ринита. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры, вдох затруднен. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Перкуторно определяется тимпанический звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=118 в 1 минуту. Пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. 1. Выделите ведущий клинический синдром 2. Предварительный диагноз, обоснуйте его 3. Возможные осложнения 4. Лечение (на дому, при транспортировке, в стационаре)</p>	<p>1. Синдром острой дыхательной недостаточности. 2. Острая респираторная вирусная инфекция, острый ларинготрахеит, стеноз гортани II степени. 3. Асфиксия, гипоксическая кома. 4. На дому: контроль ЧД, ЧСС и АД, эмоциональный и психологический контроль, доступ свежего воздуха, комфортное положение для ребенка, теплое щелочное питье, отвлекающие процедуры: теплые ножные ванны, увлажненный воздух (отсутствие гипертермического синдрома), по показаниям жаропонижающие (парацетамол 10-15 мг/кг, ибупрофен 5-10 мг/кг) При транспортировке: будесонид (пульмикорт) суспензия для ингаляций 2 мг через небулайзер или 1 мг через 30 мин дважды в 1-2 мл физ. раствора, оценить тяжесть через 25-20 мин, Дексаметазона фосфат 0,5-1,0 мг/кг в/м или в/в струйно. В стационаре: Детское инфекционное отделение (в первые 3 дня заболевания ОРВИ, боксированное отделение соматического стационара), увлажненный кислород, питьевой режим, пульмикорт суспензия для ингаляций 1-2 мг в сутки, курс по показаниям, дексаметазона фосфат по показаниям 0,5-1,0 мг/кг/сутки в 2-3 приема в/м или в/в струйно, консультация ЛОР-врача.</p>

26	<p>Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Дополнительные данные исследования к задаче</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - ПО г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $15,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,06%, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Биохимические анализы крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: α_1 - 11%, α_2 - 10%, β - 5%, γ - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Какие еще обследования следует провести больному? 3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании? 4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса? 5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется? 6. Составьте план лечения больного. 7. Какова патоморфологическая основа процесса? 8. Почему отмечается утренняя скованность? 9. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания? 10. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии? 11. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании. 12. Что определяет жизненный прогноз? Какие клинические синдромы?</p>	<p>1. Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность III степени, медленно прогрессирующее течение, серо-позитивный вариант (?), рентгенологическая стадия процесса II-III степени, функциональная недостаточность II степени. Критерии: артрит, продолжительностью более 3 месяцев + артрит второго сустава + утренняя скованность + остеопороз (4 критерия). Рентгенологическая стадия: эпифизарный остеопороз + сужение суставной щели. Функциональная недостаточность: способность к самообслуживанию сохранена.</p> <p>2. Рентгенологическое исследование скелета, пункция поражённых суставов с определением рогоцитов в пунктате, офтальмоскопия, рентген грудной клетки (лёгкие), определение ревматоидного фактора. 3. Хирург, офтальмолог, нефролог, невропатолог, пульмонолог, гематолог, иммунолог. 4. Реактивные артриты (симптом Рейтера), ревматизм, травматические и обменные поражения суставов, остеомиелит, стрептококковая и иерсиниозная генерализованные инфекции, мукополисахаридозы. 5. Прогноз: благоприятен при ЮРА (нет прогредиентности течения), неблагоприятный при ЮХР (в силу инвалидизации больных). Прогноз заболевания также определяется качеством терапии и поражением внутренних органов.</p> <p>6. Ацетилсалициловая кислота (50-70 мг/кг с повышением за 7-10 дней дозы до 100-120 мг/кг по 4 раза в сутки) или индаметацин, ортофен (75-150 мг/с) + альмагель. Никошпан (2-3 мг/кг), курантил (4-5 мг/кг), гепарин (100-150 ед 2 р/с п/к). Лечебная физкультура, физиотерапия (УФО, УВЧ в эритемных дозах). 7. Отложение иммунных комплексов в органах и тканях (по типу васкулита) и разрушение поражённых суставов (разрушение хрящевой ткани, мелкокистозная перестройка структуры эпифизов, узурация суставных поверхностей, анкилозирование). Объективно преобладают пролиферативные поражения суставов. 8. Отложение иммунных комплексов на хрящевых поверхностях не работающих ночью суставов, за счёт разрастания синовиальной оболочки (панус), скопления выпота (?). 9. Целесообразна при упорном течении болезни, невозможности достижения эффекта только на НПВС. 10. Иммунные комплексы оседают в участках с турбулентным током крови и «сосудистых фильтрах», а такими участками являются хориоидальное сплетение и цилиарное тело глаза. 11. Хронический иридоциклит. Жалобы на «песок в глазах». Усиленный сосудистый рисунок, изменение формы зрачка за счёт синехий - плохая зрачковая реакция на свет. Катаракта, лентовидная дистрофия роговицы. 12. Жизненный прогноз определяет инвалидизация. Синдром - полиартрит.</p>
----	--	--

27	<p>Больная Р., 6 лет, поступает в стационар планово повторно с жалобами на боли в области ко-ленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставов, боли и нарушение дви-жений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов. Из анамнеза известно, что ребенок болен с 2 лет, когда после перенесенной ОРВИ отмеча-лось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в ко-ленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Суставной синдром сохранялся в течение 6 месяцев и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течение этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовле-чение в процесс и других суставов. При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отста-ет в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных сус-тавов. Отмечается увеличение подмышечных (2х2 см) и кубитальных (1,5х1,5 см) лимфоуз-лов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ог-раничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыха-ние везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см. Дополнительные данные исследования к задаче Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Лейк - 15,0х10⁹/л, п/я - 4%, с -42%, э - 2%, л - 49%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,33 %, лейкоциты - 1-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: сг1 - 5%, сс2 - 12%, р - 5%, у - 30%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, моче-вина - 4,5 ммоль/л. 1. О каком заболевании можно думать в первую очередь? 2. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования. 3. Какие еще обследования следует провести больной? 4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании? 5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса? 6. Каковы принципы терапии данного заболевания? 7. Объясните изменения в анализе мочи. 8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется? 9. Как объяснить частоту поражения глаз при данной патологии? 10. Назовите варианты поражения глаз при этом заболевании. 11. Какие клинические синдромы определяют жизненный прогноз? 12. Почему отмечается утренняя скованность?</p>	<p>1. Ювенильный ревматоидный артрит. Суставно-висцеральная форма. Активность III степе-ни. Хроническое течение. Серо-негативный вариант. Рентгенологическая стадия процесса III степени. Функциональная недостаточность II Б степени. 2. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, гиперСОЭ. ОАМ: протеинурия. Биохимия крови: а2 и с-глобулинов, серомукоида. 3. Рентгенологическое исследование скелета, артроскопия поражённых суставов, офтальмо-скопия, рентген грудной клетки (лёгкие). 4. Хирург, офтальмолог, нефролог, невропатолог, пульмонолог, гематолог. 5. Реактивные артриты (симптом Рейтера), ревматизм, травматические и обменные пораже-ния суставов, остеомиелит, стрептококковая и иерсинеозная генерализованные инфекции, мукополисахаридозы. 6. Противовоспалительная терапия, препараты, улучшающие реологию крови, санация оча-гов хронической инфекции и реабилитация поражённых суставов. 7. Отложение иммунных комплексов в клубочках (капиллярный фильтр с давлением, в 4 раза больше, чем в других капиллярах) - повреждение базальной мембраны - гломерулонефрит - протеинурия. 8. Прогноз: благоприятен при ЮРА (нет прогradiентности течения), неблагоприятный при ЮХР (в силу инвалидизации больных). Прогноз заболевания также определяется качеством терапии и поражением внутренних органов. 9. Иммунные комплексы оседают в участках с турбулентным током крови и «сосудистых фильтрах», а такими участками являются хориоидальное сплетение и цилиарное тело глаза. 10. Увеит, катаракта, лентовидная дистрофия роговицы. 11. Жизненный прогноз определяет инвалидизация. Синдром - полиартрит. 12. Отложение иммунных комплексов на хрящевых поверхностях не работающих ночью су-ставов (?).</p>
28	<p>Девочка, 5 лет. Около 3 месяцев назад стали увеличиваться грудные железы, появились волосы на лобке, неделю назад отмечались кратковременные кровянистые выделения из влагалища. Лабораторно: эстрадиол — 42 пг/мл (норма 23-145), ЛГ — 12 МЕД/ мл (норма 2-15), ФСГ — 14 МЕД/мл (норма 2-20), пролактин — 8 нг/мл (норма 2-25), ТГГ — 1,9 МКЕД/мл (норма 0,1-4,5). При магнитно-резонансной томографии головного мозга патологии не выявлено. Вероятный диагноз?</p>	<p>Гонадотропин-зависимое истинное преждевременное половое созревание. Этиология включает опухоли гипофиза и гипоталамуса, но у большинства девочек происхождение бывает идиопатическим. Нормальная магнитнорезонансная картина гипофиза указывает на диагноз идиопатического преждевременного полового созревания.</p>
29	<p>Мальчик, 7 лет. Наблюдается педиатром по поводу хронического слизисто-кожного кандидоза. Беспокоят судороги в мышцах рук при выполнении письменных заданий в средней школе. При осмотре - карпопедальный спазм. Лабораторно: кальций общий — 1,9 ммоль/л (норма 2,15-2,50), фосфор — 5,8 мг/дл (норма 2,5-4,5), парат-гормон — 6 пг/мл (норма 10-65) и 25-гидрокс-витамин D — 45 нг/дл (норма 16-74). Предположительный диагноз?</p>	<p>Гипопаратиреоз (гипокальциемия, гиперфосфатемия, низкий уровень парат-гормона). Сочетание хронического слизисто-кожного кандидоза с гипопаратиреозом может свидетельствовать о развитии у ребенка аутоиммунного полиэндокринного синдрома 1 типа.</p>

30	<p>Девочка, 15 лет. Рост 140 см, отсутствие грудных желез. Лобковое оволосение соответствует 4 ст. по Таннеру. Менструаций не было. Лабораторно: эстрадиол — 2 пг/мл (норма 23-145), ЛГ — 105 МЕД/мл (норма 2-15), ФСГ — 120 МЕД/мл (норма 2-20), пролактин — 14 нг/мл (норма 2-15) и ТТГ — 1,8 МКЕД/мл (норма 0,1-4,5). По УЗИ малого таза: гипопластичная матка, яичники не лоцируются. Вероятный диагноз? Исследование, необходимое для верификации диагноза?</p>	<p>Низкорослость, первичная аменорея, повышение уровня гонадотропных гормонов при низком эстрадиоле свидетельствуют о гипергонадотропном гипогонадизме, наиболее вероятная причина которого – синдром Шерешевского-Тернера (кариотип 45X или мозаичный). Для верификации диагноза необходимо проведение кариологического исследования</p>
31	<p>Девочка, 11 лет. Несколько дней назад отметила безболезненное увеличение окружности шеи. Других жалоб нет. Пальпаторно щитовидная железа увеличена до 2 ст., плотная, безболезненная, дополнительные образования в железе не пальпируются, региональные лимфоузлы не увеличены. По УЗИ щитовидной железы объем 19 мл, эхогенность снижена, эхоструктура неоднородная, узловые образования не лоцируются. Наиболее вероятный диагноз? Составить план обследования и лечения.</p>	<p>Увеличение щитовидной железы без других клинических симптомов характерно для нетоксического зоба вследствие йодного дефицита и аутоиммунного тиреоидита. Эхоскопическая картина в пользу последнего. Для верификации диагноза и оценки функции необходимо исследование ТТГ, свободного Т4, антител к ТПО в сыворотке крови. При эу- и гипотиреозе показано назначение тиреоидных гормонов.</p>
32	<p>Жалобы : температура 38 С, боли в животе, плохой аппетит, вялость, капризность, желтушность кожных покровов. Жалобы появились на фоне ОРВИ с явлениями ларинготрахеита. Мать здорова, у отца в анамнезе неоднократно на фоне ОРВИ желтушность кожи с абдоминальным синдромом. Родился ребенок с массой 3000 гр, длиной 50 см. В настоящее время масса 9000 гр, длина 73 см. Удерживает голову с 4 мес, сидит с 9 мес, ходит с 1г 6 мес, не говорит. Кожа бледная, с желтушным оттенком. Склеры иктеричные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие. Живот увеличен. Печень +4см, селезенка по краю реберной дуги. Стул и моча темные. ОАК: Э- 1.9*10/л, Нв – 65 г/л, Л-9*10/л, Э-2, п-2, с-38, л-54, м-4, СОЭ-11мм/час, Рет 180%, Цп-1,0, тромб – 250*10/л ОАМ: прозр, темно-желтого цвета, эр.выщелоченные – 1-2 в п/зр, лейкоц 2-3, уробилин ++ 1. Предварительный диагноз 2. Дифференциальный диагноз 3. Дополнительное обследование</p>	<p>1. Гемолитическая анемия, период криз 2. Наследственный микросфероцитоз, дефицит глюкозо-6 фосфат дегидрогеназы 3. Кривая Прайс –Джонса, Проба Бревера</p>
33	<p>Мальчик 3 года, заболел остро с появлением экхимозов на лице, шее, руках, ногах, животе, спине и кровоизлияний на слизистой полости рта, деснах, красной кайме губ после перенесенного ОРВИ. Анамнез жизни: Ребенок от третьей беременности, вторых родов. Беременность протекала без патологии. Привит по календарю профилактических прививок, детскими инфекциями не болел. С возраста 1 год мама отмечает частые носовые кровотечения при физической нагрузке и перенапряжении. В апреле текущего года поставлен диагноз: бронхиальная астма атопическая, легкой степени тяжести, персистирующее течение, контролируемая. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия. Наследственность отягощена: У папы наблюдаются периодические носовые кровотечения. Травм, операций не было. Гемотрансфузий не было. Объективно: состояние тяжелой степени тяжести за счет выраженного геморрагического синдрома. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные, тургор и эластичность кожных покровов сохранены. Отмечается наличие множественных экхимозов в разной стадии развития: на верхних и нижних конечностях, лице, волосистой части головы, шее, животе, спине. На слизистой полости рта: щек, десен, красной каймы губ петехии и подслизистые гематомы. Лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов не определяется. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез не нарушены. ОАК: эритроциты-4,6*10¹², Нв 134 г/л, лейкоциты- 8,07 *10⁹, тромбоциты- единичные, э-0, п-1, с-48, л-47, м-4. 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительные методы обследования 3. План лечения.</p>	<p>1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, период тяжелого криза 2. Миелограмма 3. Глюкокортикоиды, Е-АКК, дицинон</p>

34	<p>Мальчик, 14 лет. Жалобы: на покашливание, насморк, сыпь на конечностях. Анамнез заболевания: Заболел остро, за две недели до госпитализации перенес острый ринофаринготрахеит легкой степени тяжести, амбулаторно получал ибупрофен, аквамарис. Через несколько дней появилась сыпь на туловище и конечностях. Была исключена инфекционная патология, направлен в гематологическое отделение. Анамнез жизни: рожден от молодых родителей, роды в срок, масса-3400,рост-54 см. До года рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки по календарю без осложнений. Простудными заболеваниями болеет часто (в раннем возрасте ОРВИ, частые гаймориты, в течение последнего года частые гнойные ангины). Детскими инфекциями не болел. Аллергоанамнез отягощен: обильная сыпь после шоколада и цитрусовых. Объективно: Т-36,6 ЧДД-16 ЧСС-72 Состояние среднетяжелое. Кожные покровы обычной окраски и влажности, на коже верхних конечностей. по разгибательной поверхности преимущественно обильные яркие папулезно-геморрагические элементы, на нижних конечностях в области стоп и на ягодицах обильная сливная папулезно-геморрагическая сыпь. Зев умеренная гиперемия. Периферические лимфоузлы мелкие, единичные, при пальпации безболезненные. Суставы не изменены, движение в них безболезненное. Грудная клетка правильной формы, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания. В легких аускультативно дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. Перкуторно- ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул и диурез не изменены. Лабораторно: ОАК- лейкоц.-6.49, эритроц.- 4.40, Нв-131 г/л, тромбоц.-203,СОЭ-6 мм/ч,б-0.5,э-0.5, п-3, с-50, л-40, м-6 Б/х крови- билирубин общ.-8,0 ,общ.белок-76,сахар-4.1,альбум.-69, альфа1+альфа 2 глобулины-8, бета глобул.-8, гамма глобул.-15, Аст-26, Алт-10., фибриноген-2,5; СРБ-отриц. 1) Предварительный диагноз 2) Дополнительные методы обследования 3) План лечения</p>	<p>1. Геморрагический васкулит 2. Гемостаз 3. Режим, диета, дезагреганты.</p>
35	<p>Ребенок 9 месяцев, несколько избыточного питания, с выраженной бледностью кожи и слизистых. Зубы 4/2, Б.р.1 см, края плотные. Лимфатические узлы пальпируются заднешейные, подчелюстные, подмышечные, паховые 0,3-0,5 см, эластичные, безболезненные. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум над верхушкой, пульс-128 в мин. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется край. Стул регулярный, оформленный. Родился от 2-й нормально протекавшей беременности, в срок, массой 3800,0. Вскармливание до 2-х месяцев грудное, затем искусственное. В массе прибавлял больше нормы, психомоторное развитие удовлетворительное, Сидит самостоятельно, стоит при поддержке. Болел дважды ОРВИ, привит по календарю. Планомерно сдали анализы крови. Выявлен Нв 49г/г, эр 2.1х10¹²/л. MCV - 56, MCHC - 220. MCH - 24, Л-4.5х10⁹/л. э-1,п-2, с-28. л- 65, м-4, тр- 220х10⁹/л. СОЭ- 10 мм/час 1. Предварительный диагноз 2. Возможные особенности вскармливания по анамнезу 3. Объем обследования</p>	<p>1. Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести 2. Неправильное вскармливание – предположительно коровье молоко, манная каша 3. Железо сыворотки, ОЖСС, ЛЖСС, КН, Ферритин</p>

36	<p>Новорожденный, 2-сутки жизни. Однократно кровавая рвота, единичные петехии на теле, кровь в стуле. Из анамнеза: у матери гипоацидный гастрит. Беременность 1, протекала с гестозом легкой степени, хр. ФПН, хр. в/у гипоксии. Родился при сроке гестации 39-40 нед., с тугим обвитием пуповиной вокруг шеи, с оценкой по шкале Апгар 7/7 баллов. К груди приложен через 6 часов. Сосал активно. При осмотре: состояние средней степени тяжести, вяловат. Кожа розовая. Клинически патологии со стороны легких и сердца не выявлено. ЧД – 48, ЧСС – 130. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Остаток пуповины чистый. На пеленке вокруг мекония розовый ободок. ОАК: Эр 4,8•10¹²/л, Нб 170 г/л, гематокрит 0,5; Тр 290•10⁹/л, Лейкоциты 14,0•10⁹/л; п-1%, с-53%, л-37%, м-8%, э-1 ПТИ: 35% ПТВ: 20 (13-16) ТВ: 16 (15-16) Фибриноген – 2 г/л Тест Апта: надсадочная жидкость сохраняет розовый цвет</p>	Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма
----	---	--

5.2.3. Перечень неотложных состояний по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

№	Наименование	Уровень освоения умений
1	Сердечно-легочная реанимация	3
2	Анафилактический шок	3
3	Острое нарушение проходимости дыхательных путей	3
4	Астматический статус	3
5	Пароксизм фибрилляции предсердий	3
6	Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия	3
7	Пароксизмальная желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков	3
8	Гипертонический криз	3
9	Геморрагический шок	3
10	Тромбоэмболия легочной артерии	3
11	Диабетические комы	3
12	Септический шок	3
13	Гипертермический синдром	3
14	Острая дыхательная недостаточность	3
15	Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3
16	Острая почечная недостаточность	3
17	Судорожный синдром	3
18	Острая надпочечниковая недостаточность	3

5.2.4. Перечень практических навыков по специальности 31.08.19 «Педиатрия»

(Степень освоения по результатам обучения: 1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению; 2. знать, оценить, принять участие; 3. выполнить самостоятельно)

№	Наименование	Уровень освоения умений
1	Антропометрия	3
2	Сбор анамнеза	3
3	Определение тактики диагностических и лечебных мероприятий	3
4	Составление плана диспансерного наблюдения	3
5	Физикальные методы обследования ребенка (осмотр, измерение основных показателей жизнедеятельности, пальпация, перкуссия, аускультация)	3
6	Проведение контрольного вскармливания	3
7	Забор материала для лабораторного исследования	3
8	Интерпретация результатов функциональных методов исследования	3
9	Интерпретация результатов лабораторных методов исследования	3
10	Выполнение постурального дренажа	3
11	Техника ингаляционного введения препаратов (ДАИ, ДПИ, небулайзер)	3
12	Клиническое обследование новорожденного ребенка	3
13	Постановка диагноза по МКБ-10	3
14	Оформление историй болезни, дневников курации, этапных и выписных эпикризов	3
15	Оформление учетно-отчетной документации на амбулаторном этапе	3
16	Представление больных заведующему отделением, ассистенту, доценту, профессору	3
17	Проведение кожных аллергологических проб	2
18	Оказание неотложной помощи	3
19	Составление плана реабилитационных мероприятий	3
20	Проведение санитарно-просветительской работы	3
21	Составление плана противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции	3

22	Выявление факторов риска заболеваний и принятие возможных мер для их устранения	3
23	Определение характера фармакотерапии, выбор эффективной и безопасной комбинации лекарственных средств, контроль правильности дозирования и техники введения, прогнозирование и выявление на раннем этапе побочных эффектов	3
24	Комплексная оценка состояния здоровья и развития ребёнка, определение группы здоровья	3
25	Выявление патологических симптомов и синдромов	3
26	Использование утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации стандартов оказания медицинской помощи	3
27	Расчет содержания и калорийности основных пищевых ингредиентов в суточном рационе ребёнка	3
28	Составление индивидуального плана вакцинации	3
29	Рекомендации по вскармливанию, питанию, воспитанию, закаливанию, режимным моментам	3
30	Определение показаний к госпитализации (плановой, экстренной) и её организация	3
31	Оценка комплаентности пациента	3

5.3 Перечень вопросов для проведения собеседования

1. Аллергический ринит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
2. Анемии у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации. Дифференциальная диагностика анемий
3. Артериальная гипертензия у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
4. Артериальная гипотензия у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
5. Атопический дерматит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
6. Болезнь Крона у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
7. Бронхиальная астма у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации. Принципы спирометрии
8. Бронхиты у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика,

классификация, принципы терапии и реабилитации

9. Бронхолегочная дисплазия у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
10. Вегетативная дисфункция у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
11. Врожденные пороки сердца у детей. Гемодинамика. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
12. Вскармливание ребенка первого года жизни с функциональными нарушениями пищеварения, аллергическими заболеваниями, нарушениями питания
13. Гастрит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
14. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
15. Гемобластозы у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
16. Геморрагические васкулиты у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
17. Гипертиреоз и гипотиреоз у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
18. Гломерулонефриты у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
19. Дизметаболическая нефропатия у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
20. Дискинезия желчевыводящих путей у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
21. Диспансеризация детей групп риска
22. Диспансеризация детей с аллергическими заболеваниями
23. Диспансеризация детей с гематологическими заболеваниями
24. Диспансеризация детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта
25. Диспансеризация детей с заболеваниями мочевыводящих путей
26. Диспансеризация детей с заболеваниями респираторного тракта
27. Диспансеризация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
28. Дуодениты у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика,

- классификация, принципы терапии и реабилитации
29. Желтухи новорожденных. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации. Дифференциальная диагностика желтух
 30. Инфекционный эндокардит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 31. Кардиомиопатии у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 32. Коматозные состояния у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 33. Крапивница у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 34. Лимфаденопатии у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии
 35. Муковисцидоз у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 36. Нарушения ритма у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 37. Наследственные и врожденные заболевания почек у детей. Основные синдромы. Принципы диагностики и терапии
 38. Национальный календарь профилактических прививок. Особенности вакцинации детей групп риска
 39. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
 40. Неонатальная адаптация и пограничные состояния. Неонатальный скрининг
 41. Неонатальные инфекции с персистенцией в постнатальном периоде. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 42. Неотложная помощь при острых отравлениях, укусах насекомых, ожогах, отморожениях
 43. Неспецифический язвенный колит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
 44. Ожирение у детей и подростков. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
 45. Основные задачи диспансеризации детей. Этапы диспансеризации. Группы здоровья
 46. Особенности вскармливания здорового ребенка на первом году жизни
 47. Особенности вскармливания недоношенных детей

48. Острые респираторные заболевания у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
49. Паразитарные заболевания желудочно-кишечного-тракта у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
50. Перикардит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
51. Перинатальные поражения центральной нервной системы у детей. Принципы терапии и реабилитации
52. Пиелонефрит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
53. Пневмонии у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
54. Почечная недостаточность у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
55. Профилактика железодефицитных состояний у детей
56. Рахит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
57. Ревматизм у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
58. Ревматоидный артрит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
59. Сахарный диабет первого типа у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
60. Сепсис у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии
61. Сердечная недостаточность у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
62. Соматотропная недостаточность у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
63. Стенозирующий ларинготрахеит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации
64. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
65. Тубулоинтерстициальный нефрит у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, принципы терапии и реабилитации
66. Функциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного

тракта у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации

67. Целиакия у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации

68. Циститы у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации

69. Шоки у детей. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации

70. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в детском возрасте. Этиология, патогенез, семиотика, диагностика, классификация, принципы терапии и реабилитации

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ФГОС ВО - ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

6.1. Основная литература

1. Баранов, А. А. Педиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство : краткое издание / А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. : ил.
2. Педиатрия [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / ред. А. А. Баранова. 2-е изд., перераб. и доп. 2009. - 432 с. (Серия "Клинические рекомендации")
3. Избранные вопросы педиатрии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. Г. Кондюрина, В. В. Зеленская, О. А. Рябова [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.
4. Руководство по детским болезням : учебное пособие / Новосиб. гос. мед. ун-т ; ред. А. В. Чупрова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2010. - 525 с.
5. Учайкин, В. Ф. Неотложные состояния в педиатрии [Электронный ресурс] : практическое руководство / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил.
6. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.

6.2. Дополнительная литература

1. Геморрагические и тромботические заболевания и синдромы у детей: патогенез, клиника, диагностика, терапия и профилактика / В. Г.

- Стуров, О. Г. Максимова ; ред. Б. И. Кузник. - Новосибирск : Наука, 2012. - 456 с.
2. Диагностика и лечение нефропатии у детей : руководство для врачей / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 336 с.
 3. Клиническая гематология детского возраста : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей-педиатров / Б. И. Кузник, О. Г. Максимова. - М. : Вузовская книга, 2010. - 496 с.
 4. Лиссойер, Том. Детские болезни : учебное пособие / Т. Лиссойер, Г. Клэйден ; пер.с англ. Н. А. Геппе. - М. : Рид Элсивер, 2010. - 592 с. : ил.
 5. Симптоматическое лечение острых респираторных заболеваний на педиатрическом участке [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Елкина, Е. Г. Кондюрина, О. А. Грибанова [и др.]. - Новосибирск : 37 Сибмедиздат НГМУ, 2010. - 72 с.
 6. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия : руководство для врачей / М. Г. Романцов, Ф. И. Ершов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 352 с.
 7. Неонатология. [Электронный ресурс]: национальное руководство : краткое издание / ред. Н. Н. Володин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.
 8. Неонатология : национальное руководство / ред. Н. Н. Володин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 848 с.

6.3. Интернет-ресурсы.

1. «Консультант Врача. Электронная медицинская библиотека» Адрес ресурса: <http://www.rosmedlib.ru>
2. ClinicalKey <https://www.clinicalkey.com/#/>
3. Электронно-библиотечная система КнигаФонд <http://www.knigafund.ru/>
4. Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) <http://library.ngmu.ru/>
5. Электронно-библиотечная система «Colibris» [http://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib](http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib)
6. Справочно-правовая система КонсультантПлюс\Serv-KPLUS\consultant_bibl
7. Федеральная электронная медицинская библиотека <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
8. Научная электронная библиотека <http://www.elibrary.ru/>
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы. <https://www.rosminzdrav.ru/documents>. <https://www.rosminzd>

rav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983

10. Министерстве здравоохранения Новосибирской области.<http://www.zdrav.nso.ru/page/1902>
11. Российская государственная библиотека<http://www.rsl.ru>
12. Consilium Medicum <http://www.consilium-medicum.com/>
13. PubMed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
14. MedLinks.ru <http://www.medlinks.ru/>
15. Медицина в Интернет <http://www.rmj.ru/internet.htm>
16. КиберЛенинка. <http://cyberleninka.ru/>

7. Материально-техническое обеспечение Государственной итоговой аттестации

Компьютерные классы ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России

Симуляторы

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены электронными и (или) печатными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.