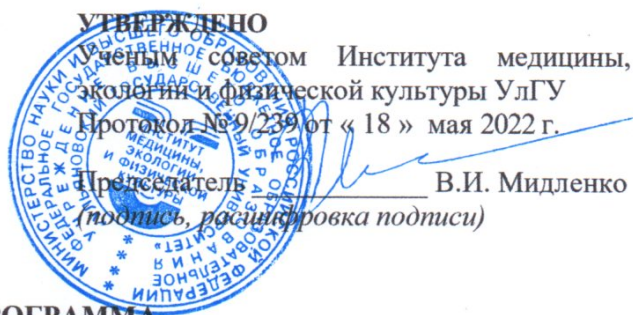


Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		



ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Факультет	Последипломного медицинского и фармацевтического образования
Кафедра:	Педиатрии
Курс	2

Специальность ординатуры 31.08.19 Педиатрия

Форма обучения очная

Дата введения в учебный процесс УлГУ: « 01 » 09 2022 г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

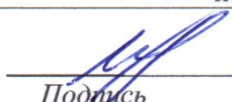
Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Сведения о разработчиках:

ФИО	Кафедра	Должность, ученая степень, звание
Лютая Зинаида Анатольевна	Педиатрии	К.м.н., доцент
Стенюшкина Мария Анатольевна	Педиатрии	Ассистент

СОГЛАСОВАНО	
Заведующий выпускающей кафедрой педиатрии	
	/Соловьева И.Л./
Подпись	ФИО
« 17 » мая	20 22 г

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

1. Цели и задачи

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучаемого клинического мышления.
3. Овладение практическими навыками и компетенциями.

2. Место в структуре ОПОП

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.19-Педиатрия относится к блоку Б3 базовой части учебного плана основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности

Государственная итоговая аттестация призвана определить степень освоения следующих компетенций выпускников ординатуры по специальности 31.08.19. Педиатрия в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от «25» августа 2014 г. №1060ФГОС ВО по данной специальности:

Универсальные компетенции (УК) для специальности 31.08.19. Педиатрия:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

Профессиональные компетенции (ПК) для специальности 31.08.19. Педиатрия

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

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

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

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

4. Форма проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена. Государственный экзамен проходит в три этапа:

- тестовый контроль;
- оценка практических навыков;
- собеседование.

5. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации (ФОС ГИА)

5.1 Требования к результатам освоения ОПОП

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	<i>способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	Теоретические основы высшей нервной деятельности, механизмы абстрактного мышления; Особенности индивидуальных стилей мышления	Организовать самостоятельный умственный труд (мышлени) и работать с информацией (синтез). Анализировать научную профессиональную литературу по специальности	Методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления Анализом педагогических ситуаций во врачебной практике и успешно их решать;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

2.	УК-2	<i>Готовность к управлению коллективом толерантного сообщества, этнических, профессиональных и культурных различий</i>	- Конституцию РФ, законы и иные нормативные акты в сфере образования и здравоохранения; - обучение и переподготовка персонала; - теории управления персоналом; - основы медицинской этики и деонтологии.	- соблюдать правила биомедицинской этики, хранить врачебную тайну; - учитывать в своей профессиональной деятельности индивидуальные различия людей, включая возрастные, социальные, психологические и культурные особенности; - применять современные методы управления коллективом.	нормативно-распорядительной документацией в области управления коллективом ; - навыком ведению деловых дискуссий, деловых коммуникаций и способность работать в коллективе; - навыком формирования толерантности.
3.	УК-3	<i>Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование</i>	- цели обучения и воспитания; - методы и формы организации обучения и воспитания; - особенности различных типов обучения; - новые педагогические технологии, нормативные акты, реализующие педагогическую деятельность; - правила аттестации и сертификации персонала.	- отбирать методы и средства обучения и воспитания и межличностного взаимодействия; - применять методы медико-социального воспитания в медицинской среде; - разработать программу непрерывного профессионального образования и повышения квалификации мед. персонала учреждения; - составить методические рекомендации для преподавателей и обучающихся; - формировать фонд	- методами психолого-педагогической работы; - современными образовательными технологиями; - технологиям и дистанционного и электронного обучения.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</i>		оценочных средств; - организовать учебный процесс в медицинских и образовательных учреждениях.	
4	ПК-1	<i>готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также на устранение вредного</i>	- основы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, основные официальные документы, регламентирующие противоэпидемиологическое обслуживание населения при инфекционных и паразитарных заболеваниях; нормативные документы по профилактике госпитальных инфекций,	медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды	- оценками состояния здоровья; методами общеклинического обследования; и интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>влияния на здоровье детей факторов среды их обитания</i>			
5	ПК-2	<i>готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</i>	- основные методы проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации детей и подростков; - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения.	осуществлять диспансерное наблюдение за детьми; интерпретировать результаты обследования, определить группу здоровья, составить план профилактических прививок Проводить антропометрическое и нервнопсихическое обследование ребенка с определением степени готовности детей к поступлению в школу и группы для занятий физкультурой ; Проводить расчет и коррекцию питания детей различных возрастов и групп здоровья;	методами диспансерного наблюдения различных возрастных групп ; - навыками проведения профилактических медицинских осмотров детей и подростков; - навыками сбора и оценки социального, биологического и генеалогического анамнеза; – методикой Составлением индивидуального календаря профилактических прививок;
6	ПК-3	<i>готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации</i>	характеристику очагов массового поражения и районов чрезвычайных ситуаций мирного времени; задачи и	квалифицированно использовать медицинские средства защиты; проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические ме-	навыками пользования индивидуальной аптечкой, индивидуал

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>ты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</i>	организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф; клинику и лечение поражений токсическими химическими веществами и ионизирующими излучениями;	роприятия в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях выявлять симптомы поражения отравляющих веществ и химических средств,	ьными средствами защиты (противогазы, противохим пакеты, радиопротекторы, антидоты)
7	ПК-4	<i>готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</i>	социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	вычислять и оценивать показатели здоровья населения	методиками проведения статистического исследования по изучению здоровья населения -методиками расчета и анализа показателей общественного здоровья
8	ПК-5	<i>- готовностью к определению пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со</i>	Этиологию, патогенез, клинические и морфологические проявления основных синдромов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики Международную статистическую классификацию болезней	Собрать анамнез; провести опрос ребенка и его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз	методами общеклинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом постановки развернутого

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>здоровьем</i>			клинического о диагноза
9	ПК-6	<i>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</i>	организацию врачебного контроля за состоянием здоровья детей, особенно стечения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний; • методы лечения и показания к их применению; механизм лечебного действия физиотерапии, клинические проявления основных синдромов;	• участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи детям определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;	навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения
10	ПК-7	<i>Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации</i>	характеристику очагов массового поражения и районов чрезвычайных ситуаций мирного времени; клинику и лечение поражений токсическими химическими веществами и ионизирующими излучениями медицинские средства профилактики, оказания медицинской помощи и лечение поражений ионизирующими излучениями, химическими веществами	использовать медицинские средства защиты; проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях мирного времени; выявлять симптомы поражения отравляющих веществ и химических средств, проводить медицинскую сортировку поражений и назначать основные схемы помощи очаге и на этапах медицинской эвакуации в объеме первой врачебной помощи;	навыками пользования индивидуальной аптечкой, индивидуальными средствами защиты: противогазы, противохимические пакеты, радиопротекторы, антидоты

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

11	ПК-8	<i>готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	показатели здоровья населения, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;	планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов физической культуры и спорта, закаливания, пропагандировать здоровый образ жизни; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики, устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания	оценками состояния общественного здоровья; профилактическими методами по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды.
12	ПК-9	<i>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья</i>	- нормативные акты в области охраны здоровья граждан и профилактики заболеваний; - современные технологии обучения пациентов; - основные закономерности профессионального общения; - способы взаимо-	- организовать школу здоровья; - Подготовить методический материал для обучения пациентов; - организовать учебный процесс; - применять методы эмоциональной саморегуляции и обучать им пациентов.	- индивидуальными и групповыми методами консультирования пациентов; - современными методами обучения пациентов; - нормативной и распо-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>о</i> кружающих	действия с "трудными"/ конфликтными пациентами в медицинской практике.		рядительной документацией.
13	ПК-10	<i>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - основы медицинской экспертизы, принципы проведения экспертизы временной утраты трудоспособности	-применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - применять приказы МЗ РФ по порядку проведения экспертизы ВУТ	методиками расчета и анализа показателей деятельности и медицинских организаций -навыками заполнения листа нетрудоспособности при различных видах временной нетрудоспособности
14	ПК-11	<i>готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи де-тям с использованием основных меди-ко-статистических показателей</i>	-основные принципы организации контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях	-организовать применять критерии качества медицинской помощи в практической деятельности	-методиками расчета и анализа показателей качества медицинской помощи
15	ПК-12	<i>готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской</i>	Знать основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способы и средства защиты населения, больных, медицинского	Уметь проводить индикацию отравляющих веществ в воздухе, в воде и продовольствии; измерять мощность дозы ионизирующего излучения на местности и степень зараженности ради-	Владеть навыкамииспользования медицинско-гоимущества, находящегося на обеспечении службы ме-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		эвакуации	персонала и имущества медицинских учреждений и формирований в чрезвычайных ситуациях мирного времени; организацию и способы защиты населения от поражающих факторов аварий и катастроф мирного времени; коллективные средства защиты, убежища для нетранспортабельных больных и порядок их использования;	оактивными веществами различных предметов, с помощью измерителей мощности дозы; оценивать радиационную и химическую обстановку; определять по индивидуальным дозиметрам дозы облучения и прогнозировать по полученным данным возможную степень тяжести лучевой болезни; проводить специальную обработку при заражении радиоактивными и химическими веществами;	дициныка-тастроф; навыками по использованию медицинских средств защиты при угрозе применения оружия массового поражения.

5.2 Паспорт ФОС ГИА

№ п/п	Контролируемые этапы (разделы)	Индекс Контролируемой Компетенции (или ее части)	Оценочные средства		Технология Оценки (способ контроля)
			Наименование	№№ заданий	
1.	Проверка уровня освоения практических навыков (практические умения),		Практические навыки		Согласно шкале оценки практических навыков
		ПК-5		П- 2,8,9	
		ПК-6		П- 1,3,4,5	
		ПК-11		П-10,11	
2.	Проверка уровня теоретических		Тесты		Согласно шкале

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	знаний (тестирование)				оценки тестов
		УК-1		1-25	
		УК-2		26-50	
		УК-3		51-75	
		ПК-1		76-100	
		ПК-2		101-125	
		ПК-3		12-150	
		ПК-4		151-175	
		ПК-5		176-200	
		ПК-6		201 – 225	
		ПК-7		226 – 250	
		ПК-8		251 – 275	
		ПК-9		276 – 300	
		ПК-10		301 – 325	
		ПК-11		326 – 350	
		ПК-12		351 – 375	
3.	Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования по ситуационным задачам		Ситуационные задачи по педиатрии, детским хирургическим болезням и детским инфекционным болезням		Согласно шкале оценки для ситуационных задач
		ПК-1		1-12	
		ПК-2		1-6, 8, 9, 14, 15	
		ПК-4		8, 11-16	
		ПК-5		1-20	
		ПК-6		1-20	
		ПК-7		1-12	
		ПК-8		21-20	
		ПК-9		1-8	
		ПК-10		4-12	
		ПК-11		6-16	
		ПК-12		11-14;	

5.3 Оценочные средства для ГИА

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

5.3.1 Вопросы к государственному экзамену

Индекс компетенции	№ задания	Формулировка вопроса
УК-1	1	<i>Задача 1.</i> Ассистенту В. кафедры патанатомии поставили диагноз: меланома. В течение недели после проведенной операции он с нетерпением ждал от патоморфолога уточненного диагноза на основании биопсии. В. Был уверен, что решалась его судьба: жить еще долго или умереть через три-четыре месяца от метастазов. Он вошел в кабинет профессора Ф., и тот ошарашил его многозначительной интонацией с неопределенно долгими паузами: - К сожалению (пауза), такой диагноз, как у вас (пауза), мне приходится сообщать (пауза) нашим онкологическим больным (пауза) очень (длительная пауза) редко. Конечно же, ассистент при этом мог подумать только самое худшее.- Вот, посмотрите в микроскоп, - профессор предложил В. ознакомиться с биоптатом. 1.1. - Так это всего лишь капиллярная гемангиома! – вырвалось у В. 1.2. - Да, причем с образованием глыбокгемосидерина в зоне кровоизлияния, которое ошибочно принимались всеми за зерна меланина, - уточнил Ф. Вопросы: А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил профессор? Б. Как надо скорректировать его поведение? Эталон ответа: А. Вместо того, чтобы успокоить пациента, находящегося в стрессовой ситуации, профессор еще более усугубил эмоциональное состояние ассистента. Б. Лучше сразу было сказать, что все в порядке, а потом дать возможность убедиться самому.
УК-1	2	<i>Задача 2.</i> Больная С. Обратилась к участковому терапевту с

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал «причитания» больной: - Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы. Вы – истеричка! Вопросы: А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? Б. Как на месте врача поступили бы вы?
УК-1	3	<i>Задача 3.</i> Доцент Т. Во время занятия со студенческой группой решил проконсультировать пациентку с жалобами на боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, отрыжку, изжогу, тошноту. Расспрашивая больную при сборе анамнеза, он выяснил, что несколько лет назад она лечилась в кожно-венерологическом диспансере. Опрос велся нарочито громко, явно для демонстрации студентам. Больная заплакала и ушла. Вопросы: А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач.? Б. Как на месте врача поступили бы вы?
УК-2	4	Ситуационная задачи по педагогической деятельности врача Врач-невролог делает обучающий доклад на еженедельной врачебной конференции для коллег других специальностей, после которого заместитель главного врача предлагает всем присутствующим на конференции остаться и проанализировать его. Часть врачей возражает: нам занятие понравилось и такой оценки вполне достаточно, давайте лучше поблагодарим коллегу за то, что он продемонстрировал всем нам как нужно и можно диагностировать патологию нервной системы. Остальная часть врачей выражает готовность перейти от эмоциональных оценок доклада к его анализу на научной основе, но сомневается в том, сможет ли компетентно выполнить такой анализ.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Вопросы: - Какие виды анализа занятия выделяют в педагогике? - Насколько объективной является эмоциональная оценка доклада: понравилось - не понравилось? Отчего зависит выбор вида анализа занятия? Эталон ответа: - В педагогике выделяется три вида анализа: параметрический, тематический и итоговый. - Валидность субъективного подхода к оцениванию предполагает выделения показателей, подлежащих оценке. В данном случае это могли бы быть: полнота раскрытия темы, красочность и интересность презентации, умение владеть аудиторией. Понравилось/не понравилось не может быть применена в качестве критерия оценивания. - Выбор вида анализа занятия зависит от характеристик деятельности и результатов работы.
УК-2	5	Пациент И: Сообщение плохих новостей членам семьи Вы получили направление в хоспис для пациента Иванова, 54 лет, страдающего боковым амиотрофическим склерозом. Он и его семья (жена и 3 детей — 9, 16, 19 лет), находятся в оцепенении и с тревогой слушают вас, когда вы описываете то, что им следует ожидать от пребывания в хосписе. Семья, похоже, не понимает, зачем вы обсуждаете с ними вопросы, связанные с концом жизни. Вы звоните лечащему врачу пациента Иванова, который говорит, что пациент заверил его, что он говорил с членами семьи о своем прогнозе. Вы устанавливаете, что пациент в действительности не рассказал об этом своей семье. Вы разговариваете с пациентом, который признается в том, что он сказал своей семье, что у его состояние весьма стабильно, и он надеется прожить еще много лет. Он просит вас помочь ему сообщить правду о его плохом прогнозе членам его семьи. <u>Вопросы для обсуждения:</u> - Какова ваша роль сейчас? - Какие пробелы в общении вы обнаружили? - Какие стратегии способствуют продолжению лечения и повышению эффективности общения в коллективе? - Каким образом встреча с семьей поможет в данном случае? Как вы считаете, какие особые потребности имеются у детей пациента в данный момент? Каким образом вы удовлетворите эти потребности?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-2	6	Максим П.: Сообщение о внезапной смерти» Максим П. — 84-летний сантехник, на пенсии, который привел свою 83-летнюю жену, Марию, в больницу с жалобами на боли в груди. Состояние Марии ухудшается, у нее возникает остановка сердца, и ей проводят полную реанимацию. В это время Максим П. сообщает социальному работнику и другу, что «этого просто не может быть. Мария здорова, как бык». Он не хочет уведомлять детей, которые живут за пределами города, «пока ее состояние не стабилизируется, потому что я знаю, что они вылечат ее». Максим П. выглядит обеспокоенным, но рассеянным и постоянно говорит о том, что его жена и раньше часто болела, но «всегда тут же выздоравливала». После 2-часовых многочисленных процедур и попыток Мария умирает. <u>Вопросы для обсуждения:</u> 1. Какие полезные стратегии общения вы используете для того, чтобы сообщить о состоянии Марии, пока она все еще получает реанимационные мероприятия? 2. Как следует сообщить Максиму П. о смерти Марии? 3. Какова роль многопрофильного коллектива в общении в данной ситуации?
УК-3	7	Больной с анозогнозическим типом отношения к заболеванию: Пациент просит у врача разрешения войти в кабинет. Входит и садится без приглашения на стул. Начинает первым разговор: «Ну, доктор, как наши дела?» Если доктор отвечает на этот вопрос неопределенно или удивленно отвечает, что хотел узнать о делах больного, тот отвечает: «А у меня – всё в порядке! Вот родственники беспокоятся обо мне и послали к врачу» Ответ врача может быть «Зачем послали?» или «Правильно сделали» или/и «Давайте измерим Ваше давление». В таком случае больной говорит: «Я считаю, что они зря поднимают панику. У меня ничего не болит. Подумаешь, один раз за всю жизнь поднялось давление до 160. Но ведь это было во время торжественного мероприятия. Понятно, что я немного волновался (волновалась)» Если доктор говорит: «Нет, у вас это не случайно

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		произошло» или «Ваши родственники не зря беспокоились, у вас - гипертония», больной замечает: «Нет, нет! Я точно знаю, что это не болезнь. Это только случайность. У меня в роду никто не болел гипертонией, я все время занимаюсь спортом, перед тренировками измеряю давление, после тренировок: и всё в порядке. Ну, во всяком случае, ни разу еще не было выше 140/90 мм рт.ст. Но это, я считаю, нормально»
УК-3	8	Доктор говорит, что, наверное, пациент прав, и никакой стойкой гипертонии у него нет, скорее всего, это было волнение, которое может вызвать повышение АД, кратковременное. Но, тем не менее, нужно сейчас измерить АД и проверить, какое оно в данный момент Пациент: «Доктор, да зачем же это нужно?! Зачем Вам тратить свое время. Просто отметьте, я Вам скажу, какое, по моему мнению, у меня АД. Оно у меня сейчас 140 и 90 мм рт.ст. И то только потому, что я сейчас волнуюсь... Ну, пожалуйста, доктор, запишите эту цифру в мою карточку и я спокойно пойду домой» Доктор должен убедить пациента, что все-таки было бы лучше измерить АД для спокойствия его родственников. Можно использовать аргументы, наиболее убедительные для больного. Здесь должно проявиться творчество студента. Его задача – измерить АД. Если оно оказывается нормальным (измерение проводится по всем правилам), то посетитель говорит: «Вот видите, доктор, я же Вам говорил, что вполне здоров. Теперь я могу с чистой совестью идти домой и не пить никаких лекарств» В данном случае доктор (ординатор) должен импровизировать. Как ему закончить диалог? Пойти на обострение? Резко ответить больному? Обратиться всё в шутку, иронизировать над ситуацией? Завершить встречу всё-таки должен врач.
УК-3	10	В каком случае врач должен попытаться убедить пациента, что ему надо обратить внимание на свое здоровье и периодически контролировать свое АД? Может быть, даже посоветовать провести суточный мониторинг артериального давления и с этим расстаться с посетителем Если давление окажется несколько повышенным, то

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		пациент говорит следующее: «Всё равно, доктор, это меня не убеждает ни в чём. Я немного поволновался, доказывая Вам, что здоров, и от этого моё давление повысилось. Я просто делаю для себя вывод о том, что мне вовсе не нужно ходить по врачам. Простите, до свидания»
ПК-1	11	Здоровый ребенок. Основные понятия: здоровый ребенок - пограничные состояния здоровья - болезнь. Связь здоровья и развития ребенка.
ПК-1	12	Роль наследственно-генетических факторов, условий внешней среды, питания, воспитания, предупреждения заболеваний для правильного развития ребенка.
ПК-1	13	Физическое развитие детей. Определение. Основные законы роста детей. Факторы, определяющие рост детей.
ПК-1	14	Показатели нервно-психического развития детей. Безусловные рефлексы и формирование условно-рефлекторной деятельности ребенка.
ПК-1	15	Закономерности формирования двигательной активности. Значение анализаторов в формировании движений, развитие координации движений. Средние сроки появления моторных и статических навыков у ребенка первого года жизни.
ПК-1	16	Особенности развития органов чувств у детей в разные возрастные периоды.
ПК-1	17	Развитие эмоций, форм общения, этапы формирования речи (предречевое развитие, "сенсорная" речь, моторная речь). Роль импринтинга и воспитания в нервно-психическом развитии ребенка.
ПК-1	18	Значение игры в познании детьми окружающего мира. Подбор игрушек для детей различного возраста. Сон и режим дня детей различного возраста.
ПК-2	19	Организация лечебно - профилактической помощи новорожденным и недоношенным детям жизни в условиях детской поликлиники.
ПК-2	20	Особенности выделения групп риска и дифференцированная

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		тактика их ведения.
ПК-2	21	Организация наблюдения за беременными в детской поликлинике.
ПК-2	22	Оформление медицинской документации на педиатрическом участке. Основные законодательства и постановления МЗ РФ по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи детям; по проведению диспансеризации детского населения
ПК-2	23	Основы профилактической педиатрии; оценка состояния здоровья и развития детей и подростков; определение групп здоровья, диспансерных групп наблюдения и риска; первичная профилактика; вторичная и третичная профилактика.
ПК-2	24	Диспансерное наблюдение и вскармливание детей раннего возраста. Профилактика расстройств питания и гиповитаминозов.
ПК-2	25	Врачебный контроль за состоянием здоровья детей первого года жизни.
ПК-2	26	Особенности работы врача по организации наблюдения за детьми, больными инфекционными заболеваниями, на дому. Регистрация инфекционных больных. Экстренное извещение.
ПК-2	27	Прививочный кабинет поликлиники: организация работы, обязанности врача- иммунолога и медицинской сестры. Прививочная картотека, планирование проф. прививок, характеристика вакцин, их хранение и транспортировка, документация.
ПК-2	28	Национальный календарь профилактических прививок, проведение профилактических прививок по эпид. показаниям.
ПК-2	29	Поствакцинальные осложнения, их профилактика. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья. Индивидуальный календарь проф. прививок. Противовакцинальное движение в мире.
ПК-2	30	Юридические аспекты иммунопрофилактики.
ПК-2	31	Организация амбулаторно-поликлинической помощи подросткам. Диспансеризация подростков.
ПК-2	32	Врачебно-военные и другие комиссии. Формы организации работы с подростками в условиях детской поликлиники,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		подростковых центров и в поликлиниках для взрослых.
ПК-5	33	Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела при рождении (менее 1000 г). Особенности неонатальной адаптации. Дифференцированные программы выхаживания в условиях родильного дома и второго этапа выхаживания.
ПК-5	34	Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Степени кровоизлияний. Лечение в остром и восстановительном периодах. Показания к хирургической коррекции. Прогноз. Исходы. Осложнения.
ПК-5	35	Респираторная патология новорожденных: (транзиторноетахипное, полисегментарные ателектазы, синдром Вильсона-Микити, бронхолегочная дисплазия, аномалии развития легких). Дифференциально-диагностические критерии.
ПК-5	36	Бронхолегочная дисплазия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Исходы.
ПК-5	37	Особенности гемостаза у новорожденных детей.
ПК-5	38	Наследственные коагулопатии (гемофилия, гипо-, афибриногенемия, дефицит VII фактора, дефицит XIII фактора). Дифференциально-диагностические признаки.
ПК-5	39	Неотложная терапия геморрагического синдрома новорожденных в зависимости от причины тромбоцитопении. Использование и показания к проведению заменного переливания крови, трансфузии тромбоконцентрата, введению иммуноглобулинов.
ПК-5	40	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание у новорожденных. Этиология у новорожденных. Патогенез. Особенности клиники. Лечение в зависимости от фазы ДВС. Исходы.
ПК-5	41	Хромосомные (трисомии 13, 18, 21 хромосом). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	42	Токсические (алкогольный синдром плода, лекарственная дисморфия, медикаментозная депрессия плода, никотиновая и наркотическая интоксикация). Дифференциальный диагноз.
ПК-5	43	Диабетическая эндокрипатия. Дифференциальный диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-5	44	Неотложная терапия гипогликемии, надпочечниковой недостаточности, гипоксии.
ПК-5	45	Синдром сахарного диабета. Этиология.Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-5	46	Гипотиреоз (врожденный, транзиторный). Неонатальный скрининг. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	47	Гипертиреоз новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
ПК-5	48	Острая надпочечниковая недостаточность новорожденных (кровоизлияния в надпочечники, агенезия, гипоплазия, вторичная функциональная недостаточность, врожденная дисфункция коры надпочечников). Дифференциально-диагностические признаки и неотложная помощь.
ПК-5	49	Гипопаратиреоз (транзиторный, врожденный). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия судорожного синдрома.
ПК-5	50	Гиперпаратиреоз (транзиторный, врожденный). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
ПК-6	51	Диареи новорожденных (лактазная недостаточность, хлоридная диарея, энтероколиты). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.
ПК-6	52	Патология пищевода (атрезия, стеноз, халазия, ахалазия, эзофагит). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
ПК-6	53	Пилороспазм, пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.
ПК-6	54	Патология кишечника (высокая и низкая кишечная непроходимость, меконийильеус). Дифференциальный диагноз. Острая кишечная непроходимость, неотложная терапия. Лечение. Исходы.
ПК-6	55	Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.
ПК-6	56	Конъюгационные желтухи (гипербилирубинемия вследствие замедленной конъюгации билирубина, ПК-гипербилирубинемия недоношенных, семейная транзиторная гипербилирубинемия, синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра). Дифференциальный диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-6	57	Кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Лечение.
ПК-6	58	Эндокардит. Этиология. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-6	59	Перикардиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы.
ПК-6	60	Синдром сердечной недостаточности как часть понятия "недостаточность кровообращения". Причины (кардиальные и экстракардиальные). Клинические проявления по лево- и правожелудочковому типу. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
ПК-6	61	Нейроциркуляторная дистония. Варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия.
ПК-6	62	Артериальная гипертония. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий у детей.
ПК-6	63	Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла. Синусовые тахикардия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-6	64	Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса. Блокады (сино-артериальная и атрио-вентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз.
ПК-6	65	Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Причины формирования синдрома. Терапевтическая тактика. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.
ПК-6	66	Экстрасистолия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии.
ПК-6	67	Пароксизмальная тахикардия. Причины. Клинические проявления. Лечебные мероприятия. Купирование приступа.
ПК-6	68	Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения
ПК-6	69	Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-6	70	Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фиброобразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
ПК-8	71	Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических проявлений. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-8	72	Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	73	Аорто-артериит (болезнь Такаясу).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	74	Гранулематоз Вегенера. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	75	Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение.
ПК-8	76	Врожденный нефротический синдром. Типы. Патогенез. Морфологическая характеристика врожденного нефротического синдрома финского типа. Пренатальная диагностика. Показания к прерыванию беременности. Клиника. Диагностика. Роль биопсии для раннего выявления заболевания. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
ПК-8	77	Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология. Классификация. Стадии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Посиндромная терапия. Показания к гемодиализу. Исходы. Прогноз.
ПК-8	78	Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Определение. Роль врожденных и наследственно-обусловленных заболеваний почек. Патогенез. Стадии. Клиника в зависимости от стадии ХПН. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диетотерапии. Показания к проведению хронического гемодиализа. Пересадка почки как основной этап в терапии ХПН. Осложнения. Исходы. Прогноз.
ПК-8	79	Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники каждой формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диетотерапии.
ПК-8	80	Рефлюкс нефропатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники и течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургической коррекции. Исходы

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-8	81	Циститы. Классификация. Этиология. Роль хламидийной, микоплазменной и вирусной инфекции в развитии и течении циститов. Патогенез. Особенности клиники у детей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
ПК-8	82	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Классификация. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-8	83	Дифференциальный диагноз дефицитных анемий. В12- и фолиево-дефицитные анемии. Лабораторные, инструментальные, генетические методы диагностики для проведения дифференциальной диагностики.
ПК-8	84	Острый лимфобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение (программная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейрорлейкоза. Показания к трансплантации костного мозга (ТКМ). Прогноз.
ПК-8	85	Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Особенности терапии. Прогноз.
ПК-8	86	Хронический миелолейкоз (ХМЛ). Клиника в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Генетический маркер ХМЛ. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Показания к ТКМ. Прогноз.
ПК-8	87	Хронический миеломоноцитарный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Прогноз.
ПК-8	88	Наследственный сфероцитоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при гемолитическом кризе. Показания к спленэктомии и рентгеноэндоваскулярной окклюзии сосудов селезенки. Осложнения. Прогноз.
ПК-8	89	Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). Содержание темы: Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Стадии лимфогранулематоза. Терапия в зависимости от стадии заболевания (полихимиотерапия, лучевая терапия). Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Прогноз.
ПК-8	90	Талассемия. Клиника в зависимости от формы талассемии (фенотип и гематологические нарушения). Серповидноклеточная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника (ишемические и гематологические проявления). Диагностика. Лечение.
ПК-8	91	Микроангиопатические гемолитические анемии (гемолитикоуремический синдром - ГУС, болезнь Мошковица). Диагностические тесты при болезни Мошковица. Лечение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-5	92	Конституциональные апластические анемии (анемия Фанкони, анемия Блэкфана-Даймонда). Тип наследования. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	93	Приобретенные апластические анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение (показания к ТКМ, иммуносупрессивная терапия). Дифференциальный диагноз.
ПК-5	94	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание. (ДВС) Содержание темы: Этиология, патогенез, клиника. Стадии. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
ПК-5	95	Артериальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий у детей.
ПК-5	96	Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла. Синусовые тахикардия и брадикардия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-5	97	Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса. Блокады (сино-артериальная и атрио-вентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз.
ПК-5	98	Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Причины формирования синдрома. Терапевтическая тактика. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.
ПК-5	99	Экстрасистолия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии.
ПК-5	100	Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения
ПК-5	101	Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.
ПК-5	102	Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фиброобразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
ПК-6	103	Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		проявлений. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-6	104	Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-6	105	Аорто-артериит (болезнь Такаясу).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-6	106	Гранулематоз Вегенера. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-6	107	Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение.
ПК-6	108	Врожденный нефротический синдром. Типы. Патогенез. Морфологическая характеристика врожденного нефротического синдрома финского типа. Пренатальная диагностика. Показания к прерыванию беременности. Клиника. Диагностика. Роль биопсии для раннего выявления заболевания. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
ПК-12	109	Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология. Классификация. Стадии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Посиндромная терапия. Показания к гемодиализу. Исходы. Прогноз.
ПК-6	110	Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Определение. Роль врожденных и наследственно-обусловленных заболеваний почек. Патогенез. Стадии. Клиника в зависимости от стадии ХПН. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диетотерапии. Показания к проведению хронического гемодиализа. Пересадка почки как основной этап в терапии ХПН. Осложнения. Исходы. Прогноз.
ПК-6	111	Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники каждой формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диетотерапии.
ПК-6	112	Рефлюкс нефропатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники и течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургической коррекции. Исходы
ПК-6	113	Циститы. Классификация. Этиология. Роль хламидийной, микоплазменной и вирусной инфекции в развитии и течении циститов. Патогенез. Особенности клиники у детей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	114	Дифференциальный диагноз дефицитных анемий. В12- и фолиево-дефицитные анемии. Лабораторные, инструментальные, генетические методы диагностики для проведения дифференциальной диагностики.
ПК-12	115	Острый лимфобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение (программная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейролейкоза. Показания к трансплантации костного мозга (ТКМ). Прогноз.
ПК-12	116	Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Особенности терапии. Прогноз.
ПК-12	117	Хронический миелолейкоз (ХМЛ). Клиника в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Генетический маркер ХМЛ. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Показания к ТКМ. Прогноз.
ПК-12	118	Хронический миеломоноцитарный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Прогноз.
ПК-12	119	Наследственный сфероцитоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при гемолитическом кризе. Показания к спленэктомии и рентгеноэндоваскулярной окклюзии сосудов селезенки. Осложнения. Прогноз.
ПК-12	120	Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). Содержание темы: Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Стадии лимфогранулематоза. Терапия в зависимости от стадии заболевания (полихимиотерапия, лучевая терапия). Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Прогноз.
ПК-12	121	Талассемия. Клиника в зависимости от формы талассемии (фенотип и гематологические нарушения). Серповидноклеточная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника (ишемические и гематологические проявления). Диагностика. Лечение.
ПК-12	122	Микроангиопатические гемолитические анемии (гемолитикоуремический синдром - ГУС, болезнь Мошковица. Диагностические тесты при болезни Мошковица. Лечение.
ПК-12	123	Кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Лечение.
ПК-12	124	Эндокардит. Этиология. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-12	125	Перикардиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-6	126	Хромосомные (трисомии 13, 18, 21 хромосом). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	127	Токсические (алкогольный синдром плода, лекарственная дисморфия, медикаментозная депрессия плода, никотиновая и наркотическая интоксикация). Дифференциальный диагноз.
ПК-5	128	Диабетическая эндокрипатия. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	129	Неотложная терапия гипогликемии, надпочечниковой недостаточности, гипоксии.
ПК-5	130	Синдром сахарного диабета. Этиология.Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-5	131	Гипотиреоз (врожденный, транзиторный). Неонатальный скрининг. Дифференциальный диагноз.
ПК-5	132	Гипертиреоз новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
ПК-12	133	Острая надпочечниковая недостаточность новорожденных (кровоизлияния в надпочечники, агенезия, гипоплазия, вторичная функциональная недостаточность, врожденная дисфункция коры надпочечников). Дифференциально-диагностические признаки и неотложная помощь.
ПК-5	134	Гипопаратиреоз (транзиторный, врожденный). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия судорожного синдрома.
ПК-5	135	Гиперпаратиреоз (транзиторный, врожденный). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
ПК-3	136	Диареи новорожденных (лактазная недостаточность, хлоридная диарея, энтероколиты). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.
ПК-5	137	Патология пищевода (атрезия, стеноз, халазия, ахалазия, эзофагит). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
ПК-5	138	Пилороспазм, пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.
ПК-5	139	Патология кишечника (высокая и низкая кишечная непроходимость, меконийный илеус). Дифференциальный диагноз. Острая кишечная непроходимость, неотложная терапия. Лечение. Исходы.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	140	Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.
ПК-5	141	Конъюгационные желтухи (гипербилирубинемия вследствие замедленной конъюгации билирубина, гипербилирубинемия недоношенных, семейная транзиторная гипербилирубинемия, синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра). Дифференциальный диагноз.
ПК-5	142	Гемолитические желтухи (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный сфероцитоз, ферментопатии эритроцитов, дефицит витамина Е). Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
ПК-5	143	Дифференциальный диагноз механических и паренхиматозных желтух.
ПК-6	144	Внебольничные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности очаговой, сегментарной, интерстициальной пневмоний. Течение. Лечение.
ПК-6	145	Внутрибольничные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности очаговой, сегментарной, интерстициальной пневмоний. Течение. Лечение.
ПК-12	146	Гипертермический синдром. Лечение. Выбор современных антипиретических лекарственных средств. Неотложная помощь.
ПК-12	147	Судорожный синдром. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь.
ПК-12	148	Бронхообструктивный синдром. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
ПК-12	149	Дифференциальный диагноз первичных иммунодефицитных состояний.
ПК-3	150	Дифференциальный диагноз при синдроме нарушенного кишечного всасывания.
ПК-8	151	Нарушения обмена аминокислот - аминокислотопатии (гиперфенилаланинемия, тирозинемия I, II типа, нарушение обмена триптофана, алкаптонурия). Диагностика. Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении.
ПК-8	152	Дислипидопроteinемии, липидозы. Дифференциальный диагноз. Современные возможности терапии.
ПК-8	153	Нарушения обмена углеводов (галактоземия, фруктоземия, гликогенозы). Патогенез. Дифференциальный диагноз. Возможности пренатальной диагностики. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
ПК-8	154	Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела при рождении. (менее 1000 г). Особенности неонатальной адаптации. Дифференцированные программы выхаживания в условиях родильного дома и второго этапа выхаживания.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-8	155	Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Степени кровоизлияний. Лечение в остром и восстановительном периодах. Показания к хирургической коррекции. Прогноз. Исходы. Осложнения.
ПК-8	156	Респираторная патология новорожденных: (транзиторностахизное, полисегментарные ателектазы, синдром Вильсона-Микити, бронхолегочная дисплазия, аномалии развития легких). Дифференциально-диагностические критерии.
ПК-8	157	Бронхолегочная дисплазия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Исходы.
ПК-8	158	Особенности гемостаза у новорожденных детей.
ПК-8	159	Наследственные коагулопатии (гемофилия, гипо-, афибриногенемия, дефицит VII фактора, дефицит XIII фактора). Дифференциально-диагностические признаки.
ПК-8	160	Неотложная терапия геморрагического синдрома новорожденных в зависимости от причины тромбоцитопении. Использование и показания к проведению заменного переливания крови, трансфузии тромбоконцентрата, введению иммуноглобулинов.
ПК-8	161	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание у новорожденных. Этиология у новорожденных. Патогенез. Особенности клиники. Лечение в зависимости от фазы ДВС. Исходы.
ПК-8	162	Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса. Блокады (сино-артериальная и атрио-вентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз.
ПК-8	163	Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Причины формирования синдрома. Терапевтическая тактика. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.
ПК-8	164	Экстрасистолия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии.
ПК-8	165	Пароксизмальная тахикардия. Причины. Клинические проявления. Лечебные мероприятия. Купирование приступа.
ПК-8	166	Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения
ПК-8	167	Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.
ПК-8	168	Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фиброобразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
ПК-8	169	Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических проявлений. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
ПК-8	170	Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	171	Аорто-артериит (болезнь Такаясу).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	172	Гранулематоз Вегенера. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки).). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-8	173	Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение.
ПК-8	174	Врожденный нефротический синдром. Типы. Патогенез. Морфологическая характеристика врожденного нефротического синдрома финского типа. Пренатальная диагностика. Показания к прерыванию беременности. Клиника. Диагностика. Роль биопсии для раннего выявления заболевания. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
ПК-8	175	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Классификация. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Критерии и шкалы оценки:

«отлично» - дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

термины. Могут быть допущены неджочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«хорошо» - дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«удовлетворительно» - дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«неудовлетворительно» - дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводит к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие дополнительные вопросы.

5.3.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
ПК-4	1.	В родильное отделение городской больницы госпитализирована женщина, 24 лет, после родов на дому, которые были приняты фельдшером ФАП. Роды многоплодные (двойня) в сроке беременности 23 недели. Первый ребенок из двойни родился весом 760 грамм, рост 30 см, второй ребенок родился весом 390 грамм, рост 28 см. Дети госпитализированы вместе с матерью. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, второй ребенок умер в больнице на 3-й день, прожив 83 часа, первый ребенок -на 27 день. Произведено па-тологоанатомическое вскрытие новорожденных, несмотря на письменный отказ матери от вскрытия. Вопросы (задание): 1. Можно ли считать исход беременности в сроке 23 недели родами? 2. Какие учетные документы и в каком количестве

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		должны быть выданы матери для обращения в органы ЗАГС? Кто должен заполнить эти документы в случае родов на дому? 4. Каким нормативным документом определены медицинские критерии рождения, а ребенок, родившийся весом 390 грамм, признается новорожденным? 5. Оцените правомерность действий главного врача при принятии решения о производстве вскрытия новорожденных.
ПК-4	2.	К руководителю администрации муниципального образования «Инта» 02.12.2013 г. обратилась гр. А. в интересах сына С., 2009 г. р., ребенка-инвалида в связи с заболеванием левого глаза. Гр. А. пожаловалась руководителю муниципальной администрации, что её ребенок С. не получает лекарственные препараты по льготным рецептам, рекомендованные после лечения в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца (наименования не конкретизированы). Для подготовки аргументированного ответа руководитель администрации просит в срок до 10.12.2013 г. подготовить полную информацию по пациенту С.: право на льготное лекарственное обеспечение, схема лечения, наличие рецептов на отсроченном обслуживании, принятые меры по обеспечению необходимой медицинской продукцией. ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ» в связи с запросом администрации муниципального образования «Инта» предоставляет следующие сведения о ребенке: наблюдается врачом окулистом с февраля 2012 г.; имеет категорию ребенок-инвалид с ноября 2012 г.; по заболеванию консультируется в г. Москве в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. Направление на консультацию в г. Москве осуществляется за счет квот МЗ Республики Коми. На основании ФЗ № 178-ФЗ ребенок-инвалид С. имеет право на получение набора социальных услуг в части обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания. Из всего списка препаратов, рекомендованных специалистами НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, ребенку С. два лекарственных средства рекомендованы для постоянного применения до следующей консультации в НИИ глазных болезней, т.е. до марта 2014 г.: глазные капли «Баларпан» и глазная мазь «ВитА-ПОС». Остальные лекарственные средства рекомендованы при обострении процесса и проведении противорецидивных курсов для улучшения

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		регенерации роговицы. Назначение этих препаратов зависит от течения процесса, состояния пораженного глаза. Определение необходимости и количества этих лекарственных средств для лечения ребенка не представляется возможным заранее, но предполагается, что они понадобятся в течение ближайших месяцев. Из препаратов, рекомендованных ребенку С. при консультациях в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, лекарственный препарат «Ацикловир» включен в Перечень препаратов, утвержденных постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 и постановлением Правительства Республики Коми от 25.12.2012 г. № 624. Препарат неоднократно предлагался маме ребенка. Однако гр. А. требует обеспечения лекарственным препаратом «Зовиракс», который является тем же препаратом, но под торговым названием «Зовиракс» выпускается фармацевтическими фирмами Канады, Великобритании, Германии. Кроме того, вместо препаратов «Флоксал» и «Офтаквикс» в Перечене препаратов, включенных в список указанными Постановлениями, имеются аналоги «Офлоксацин» и «Левифлоксацин». На предложение замены препаратов аналогами, входящими в список Перечня жизненно важных лекарственных препаратов, мать ребенка отвечает категорическим отказом. <i>Вопросы (задание):</i> 1.Приведите нормативные документы, обосновывающие права ребенка на получение льготного лекарственного обеспечения, его порядок и условия. 2.Дайте комментарии по данному случаю.
ПК-4	3.	К уполномоченному по правам ребенка при губернаторе Архангельской области обратилась мать месячного малыша с жалобой на нарушение прав ребенка на льготное лекарственное обеспечение в связи с отказом участкового врача-педиатра в выписке льготного (бесплатного) рецепта на витамин «Д». При рассмотрении обращения выяснено, что ребенок Р., 12.08.2016 г.р., поступил под наблюдение медицинской организации в возрасте 7 дней. В полном объеме прошел профилактический осмотр в возрасте 1 месяц, патологии не выявлено. Находится на грудном вскармливании. Наблюдается по первой группе здоровья, физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое развитие -1 группа. На приеме в месячном возрасте участковым врачом-педиатром заболеваний не выявлено, даны рекомендации по профилактике рахита: грудное вскармливание, режим № 1, материнский массаж и гимнастика – комплекс № 1, витамин Д -

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		аквадетрим 500 МЕ по 1 капле 1 раз в день длительно. Маме пояснено, что бесплатный рецепт на витамин «Д» с профилактической целью не выдается. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Какие нормативные документы определяют порядок льготного лекарственного обеспечения детей раннего возраста? Приведите перечень нормативных документов.
ПК-4	4.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской организации.
ПК-4	5.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение гр. П. о признании незаконным отказ врача педиатра А. в выдаче заключения о допуске ее несовершеннолетнего ребенка в детское дошкольное учреждение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		При оформлении медицинской документации для посещения ребенком детского сада врачом педиатром А. предложено пройти осмотр у врача фтизиатра и представить справку об отсутствии заболевания туберкулезом в связи с тем, что мать отказалась от прививки ребенку от туберкулеза и от пробы Манту. Гр. П. считает отказ врача незаконным, поскольку нарушает ее право как родителя несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также право ее несовершеннолетнего ребенка на получение образования. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий врача педиатра.
ПК-4	6.	В детскую городскую больницу бригадой скорой помощи доставлен 10-летний ребенок с острым аппендицитом. Ребенку требовалось проведение срочной операции. Родители ребенка от операции отказались, сославшись на свои религиозные убеждения. Врачи не стали делать операцию. Ребенок умер от перитонита. <i>Вопросы (задание):</i> Правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка? Дайте правовое обоснование ответа.
ПК-4	7.	В средней школе № 50 во время проведения плановой вакцинации против гриппа школьнику была сделана прививка. Через 4 часа после возвращения домой из школы состояние его здоровья ухудшилось: поднялась температура тела до 38°C, появилась слабость, сонливость, уртикарная сыпь по всему телу. Мать была напугана этими проявлениями, т.к. знала, что в детстве у сына была аллергическая реакция на компоненты вакцины, поэтому согласия на вакцинацию не давала. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Можно ли было проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей? 2. Имел ли право 14-летний ребенок дать информированное добровольное согласие?
ПК-4	8.	Женщина до 12 декабря находилась в частично оплачиваемом отпуске за ребенком до 3-х лет. 9 декабря она обратилась с заболевшим ребенком к педиатру. Диагноз: ОРВИ. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Какой документ по уходу за больным ребенком и с какого числа будет выдан матери? Из перечисленных ниже вариантов

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		выберите правильный ответ и дайте обоснование: ☐ никакого документа; ☐ листок нетрудоспособности с 9 декабря; ☐ листок нетрудоспособности с 13 декабря; ☐ справка установленной формы.
ПК-4	9.	В территориальный фонд Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения 10.10.2014 г. поступила жалоба от гр. Е. на действия врачей детской поликлиники, отказавших её дочери в вакцинации от туберкулеза. Проведена проверка. В действиях участкового педиатра установлена методическая ошибка при допуске ребёнка к ревакцинации. Жалоба признана частично обоснованной. <i>Вопросы (задание):</i> 1. На основании какого нормативно-правового акта рассматриваются обращения граждан (жалобы) на некачественное оказание медицинской помощи? 2. В какие сроки должны рассматриваться обращения граждан (жалобы)? 3. К какому виду контроля относится проверка качества оказания медицинской помощи территориальным органом здравоохранения? 4. Кем осуществляется 1 уровень ведомственного контроля? 5. Каковы действия руководителя медицинского учреждения по результатам проверки?
ПК-4	10.	В детскую городскую больницу поступил ребенок 11 лет, доставленный после падения с окна 2-го этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Медицинскому персоналу требовалось сделать срочное переливание крови, однако родители не дали согласие на данное медицинское вмешательство, аргументируя это тем, что боятся заражения своего ребенка ВИЧ-инфекцией. Врачи, проинформировав родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери. Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика? Опишите алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребенка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией - 16 лет) от медицинского вмешательства.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-4	11.	Больной шизофренией, 16 лет, заболел инфекционным заболеванием неясной этиологии, в связи с чем соседи по коммунальной квартире обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Несмотря на то, что сам больной и его родственники были против госпитализации, фельдшер скорой помощи с этим не посчитался. Есть ли в его действиях правовое нарушение? В каких нормативных документах оно изложено?
ПК-4	12.	Молодого человека, 17 лет, сбита автомашина, в результате он получил ушиб голени с подозрением на перелом. Приехавший врач «скорой помощи» попросил представить медицинский полис. Так как его не оказалось, врач, не оказав медицинскую помощь, уехал. Молодой человек обратился с жалобой в суд. О каком нарушении положения закона идет речь? Обоснуйте.
ПК-4	13.	Женщина, 22 лет, при сроке беременности 14 недель обратилась в акушерское отделение с просьбой платно провести ей искусственное прерывание беременности. Ей отказали. Почему и на каком основании?
ПК-4	14.	В акушерское отделение участковой больницы поступила гражданка, 18 лет, с осложнением после криминального аборта. Она очень переживала случившееся и просила врача сохранить в тайне ее беременность и аборт. Однако врач сообщил в ОВД района о криминальном аборте, вскоре все стало известно родителям. После выписки пациентка попала в конфликтную ситуацию в связи с тем, что диагноз стал известен ее близким. Имеется ли законное основание для обвинения медработников в разглашении врачебной тайны?
ПК-4	15.	Гражданка С., 29 лет, доставленная по скорой помощи с диагнозом «внематочная беременность», после операции потребовала предоставить ей копию медицинской карты для обжалования действий врача, которые, по ее мнению, не приняли мер по сохранению беременности. Зав. отделением отказал в просьбе в связи с необоснованностью требований и пояснил, что копия медицинской карты может быть выдана лишь по запросу судебно – следственных органов. Имеются ли здесь нарушения прав пациента?
ПК-4	16.	В городском населенном пункте за отчетный период среднегодовая численность детского населения составила 10 000 человек. За прошедший год в лечебно-профилактических учреждениях города были зарегистрированы случаи острых инфекционных заболеваний у детей: в январе – 220, феврале – 230, марте – 180, апреле –

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		260, мае – 350, июне -600, июле -650, августе – 750, сентябре – 600, октябре – 440, ноябре – 350, декабре -250. <u>Вопросы:</u> 1. Рассчитайте ежемесячные и годовой уровни инфекционной заболеваемости детского населения города. 2. укажите, какие относительные показатели могут быть рассчитаны дополнительно.
ПК-4	17.	Численность населения города Б. за отчетный период составила 56 000 человек. Детей до 14 лет 13 975. Демографические показатели за год (абс. величины): · Рождаемость – 698 · Смертность (общая) – 860 · Детская смертность (до 14 лет) – 13 <u>Вопросы:</u> 1. Рассчитайте демографические показатели
ПК-4	18.	Внешний контроль качества медицинской помощи осуществляется системно. В его проведении принимают участие несколько субъектов. Вопросы (задание): 1. Из перечисленных ниже организаций выберите относящиеся к субъектам внешнего контроля качества медицинской помощи: • лицензионная комиссия; • орган социального страхования; • общество защиты прав потребителей; • страховщик; • страхователь; • профессиональная медицинская ассоциация; • орган стандартизации.
ПК-4	19.	☐ Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		☐ заведующий отделением; ☐ заместитель главного врача по экспертизе качества; ☐ главный специалист; ☐ эксперт страховой медицинской организации.
	20.	В настоящее время контроль качества медицинской помощи осуществляется системно: с позиций структурного, процессуального подходов и по конечному результату. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из представленных ниже объектов относящиеся к контролю качества медицинской помощи: ☐ ресурсное обеспечение медицинской организации (материально-техническая база, технологическая оснащенность, финансирование, квалификация кадров); ☐ противопожарная безопасность; ☐ лечебно-диагностический процесс; ☐ результаты медицинской помощи.
	21.	Специалистами ВОЗ разработаны специальные критерии для оценки качественной медицинской помощи. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Из перечисленных ниже критериев выберите характеризующие, согласно рекомендациям ВОЗ, качественную медицинскую помощь и раскройте их суть: ☐ адекватность; ☐ технологичность; ☐ экономичность; ☐ эффективность;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		☐ управляемость.
	22.	Для повышения качества медицинской помощи необходимо систематическое рассмотрение результатов контроля с проведением анализа допущенных ошибок, выявлением их причин и разработкой мероприятий по их устранению. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Как часто в медицинской организации должны проводиться врачебные конференции по вопросам качества медицинской помощи? Приведите обоснование выбранной периодичности: ☐ ежемесячно; ☐ ежеквартально; ☐ 1 раз в полугодие; ☐ 1 раз в год.
	23.	Мама с ребенком 10 лет обратилась в поликлинику к ЛОР-врачу 20.11.2015 г. с жалобами на боли и заложенность правого уха у ребенка в течение 5 дней. При осмотре: серная пробка obturiрует наружный слуховой проход правого уха, мацерация кожи, отделяемого нет. Остальные ЛОР органы без патологии. Диагноз: серная пробка правого уха. Лечение: 3% перекись водорода 3 раза в день до растворения пробки. 23.11.2015 г. обратилась к ЛОР-врачу повторно с жалобами на усиление болей в ухе, головную боль, повышение температуры до 37,5° С. При осмотре: инфильтрация и гиперемия кожи наружного слухового прохода правого уха, разбухшая серная пробка obturiрует наружный слуховой проход. Диагноз: правосторонний острый наружный диффузный отит, серная пробка справа. Лечение: удаление серной пробки, назначение адекватного лечения. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Оцените качество медицинской помощи по критериям: ☐ сбор информации -расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум; ☐ диагноз -формулировка, содержание, время постановки; ☐ лечение -хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикамен-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		тозное, прочие виды и способы лечения; ☐ преемственность -обоснованность поступления, длительность лечения, перевод, содержание рекомендаций. 1. Дайте экспертное заключение и выявите наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания.
	24.	В инфекционное отделение областной детской клинической больницы за отчетный период было госпитализировано 1150 детей, в т.ч. с острой дизентерией – 250, токсической диспепсией – 500, колитом – 400 человек. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта
	25.	При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). <i>Вопросы (задание):</i> 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?
Детская хирургия		
ПК-5	26.	Мальчик 7 лет.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Анамнез заболевания: после травмы живота отмечаются резкие, схваткообразные боли в животе. Часто боль имеет опоясывающий характер, иррадирует в спину. Болевой синдром сопровождается многократной рвотой, после чего интенсивность боли не уменьшается. Анамнез жизни: ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. Осмотр: ребенок беспокойный, малоподвижный. Кожа бледная, серовато-цианотическая. Тоны сердца звучные, ЧСС – 100. Живот умеренно вздут, болезненный вокруг пупка, в зоне Шоффара, в точках Мейо-Робсона, Дежардена. По другим органам без особенностей. Анализ крови общий: Нв-100г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-5,8х10⁹/л; п/я-2%, с/я-48%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-11мм/час. Анализ мочи общий: цвет св.желт, прозрачная, рН – 5,5, плотность – 1018, белок- отр, сахар – отр., эп.пл.- небольшое кол-во; лейкоциты – 1-2 в п/зр, Эр. – нет, слизь – немного, солей – нет, бактерий – нет. Диастаза мочи – 128 ед. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенна, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь овальной формы (50х19 мм), содержимое гомогенное. Желудок – содержимое гомогенное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка 28мм, тело – 21мм, хвост – 27мм (норма – 16-13-13). Эхогенность паренхимы снижена. I. Поставьте диагноз и обоснуйте его. II. Какие причины привели к развитию болезни? III. Этиопатогенез заболевания. IV. Какие дополнительные инструментальные методы исследования требуются? V. Какая дифференциальная диагностика требуется? VI. План лечения данного ребенка. VII. Показания к хирургическому лечению при данной патологии.
ПК-5	27.	Девочка 13 лет. Анамнез заболевания: заболевание началось остро, с повышением температуры тела, затрудненного носового дыхания, кашля. На 2 день от начала заболевания девочка была осмотрена участковым педиатром. Поставлен диагноз: ОРВИ. На 3 сутки появились боли в нижней трети правой голени, отечность и уплотнение мягких тканей в этой

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		области, болезненность при пальпации. Бригадой скорой помощи ребенок с диагнозом: острый гематогенный остеомиелит был госпитализирован в хирургический стационар, где начата антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. На фоне проводимой терапии состояние девочки несколько улучшилось: нормализовалась температура тела, уменьшились симптомы интоксикации. Анамнез жизни: ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. Локальный статус: нижняя треть правой голени отечна, уплотнена, при пальпации отмечается болезненность. Анализ крови общий: Нв-120г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-6400; п/я-2%, с/я-52%; э-1%, л-37%, м-6%, СОЭ- 44мм/час. На рентгенограммах костей голени выявлена литическая деструкция дистального метафиза правой малоберцовой кости, разрушение коркового слоя, слоистый периостит (периостальная реакция с подъемом периоста в виде козырька). VI. Ваш предварительный диагноз? II. План дальнейшего обследования и лечения. III. Прогноз IV. Какие дополнительные инструментальные методы исследования требуются? V. Какая дифференциальная диагностика требуется? VI. План лечения данного ребенка.
ПК-5	28.	Мальчик 9 лет <u>Анамнез заболевания:</u> в приемный покой больницы обратился мальчик 9 лет с сильными схваткообразными болями в правой половине живота. Заболел 12 часов назад, появились боли, учащенное мочеиспускание, была рвота. Анамнез жизни: ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. <u>Общий осмотр:</u> состояние ребенка средней степени тяжести, беспокойство, бледность кожных покровов. Температура тела 37,2 град., пульс 92 в мин., язык влажный. Живот равномерно вздут, резко болезненный в правой половине, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Анализ крови общий: Нв-120г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-6400; п/я-2%, с/я-52%; э-1%, л-37%, м-6%, СОЭ- 12мм/час. <u>Анализ мочи общий:</u> цвет желт, прозрачная, pH – 5,5, плотность – 1023, белок- 0,066г/л, сахар – отр., эп.пл.-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		небольшое кол-во; лейкоциты – 1-2 в п/зр, Эр. – 50-60 в п/зр., слизь – отр., соли – оксалаты, бактерий – нет. <u>УЗИ органов брюшной полости:</u> печень не увеличена, паренхима гомогенна, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь овальной формы (50x19 мм), содержимое гомогенное. Желудок – содержимое гомогенное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка 16мм, тело – 13мм, хвост – 13мм (норма – 16-13-13). Эхогенность паренхимы в норме. Левая почка 12x6x4,5мм, ЧЛС справа 31x20, Правая почка 12,4x6,2x4, ЧЛС в норме. I. Ваш предварительный диагноз? II. План дальнейшего обследования и лечения. III. Какие дополнительные инструментальные методы исследования требуются? IV. Какая дифференциальная диагностика требуется? V. План лечения данного ребенка.
ПК-5	29.	Мальчик 4-х дней жизни <u>Жалобы:</u>Отсутствие стула последние 3 дня, с увеличением объёма кормления усилилась рвота молоком, быстро нарастает потеря массы тела. <u>Анамнез жизни:</u> ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводие. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Масса тела при рождении 3000 г. Приложен к груди на 2-е сутки. <u>Анамнез заболевания:</u> отмечается обильное срыгивание со 2 дня жизни (непосредственное начало кормления), сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зелёный цвет), в последующие дни стула не было. <u>Общий осмотр:</u> В возрасте 4 дней состояние ребёнка тяжёлое, он вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, с мраморностью. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в минуту. Живот мягкий, запавший. Амбула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки 2460 г. <u>При зондировании</u> желудка удалено 60 мл молока без

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		примесей. В анализах крови: pH=7,51; pCO₂ 34,6 мм рт.ст.; BE +4,5; Hb 180 г/л; Ht 75%; Na⁺ плазмы 132 мЭкв/л; K⁺ плазмы 3,8 мЭкв/л. о I. наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для подтверждения диагноза и какие результаты обследования Вы ожидаете получить в данном случае? IV. Какова лечебная тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести?
ПК-5	30.	<i>Девочка 6 лет</i> Анамнез заболевания: В детский соматический стационар доставлена девочка 6 летс жалобами на боли в животе. Болея 4 часа, повысилась температура до 38,5⁰, возникли боли в животе, дважды была рвота. Общий осмотр: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен, пульс 120 в минуту. Живот ограниченно участвует в дыхании, при пальпации болезненный во всех отделах, особенно в нижних. Мышцы передней брюшной стенки напряжены. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в обеих подвздошных областях, слизисто-гнойные выделения из половых путей. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-18х10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-21мм/час. Анализ мочи общий: цвет св.желт, прозрачная, pH – 5,5, плотность – 1018, белок- 0,033г/л, сахар – отр., эп.пл.- небольшое кол-во; лейкоциты – 40-50 в п/зр, Эр. – нет, слизь – немного, солей – нет, бактерий – нет. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь овальной формы, не увеличен, содержимое гомогенное. Желудок – содержимое гомогенное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа - в норме. Между петель кишечника следы свободной жидкости в большом количестве. Червеобразный отросток не изменен. I. Наиболее вероятный диагноз?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для подтверждения диагноза и какие результаты обследования Вы ожидаете получить в данном случае? IV. Какова лечебная тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
ПК-5	31.	Мальчик 9 лет Анамнез заболевания: В детскую консультацию обратился мальчик 9 лет с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Заболевание началось 4 дня тому назад с болей в эпигастрии, повышения температуры до 37,2⁰, была двукратная рвота. Принимал бисептол, анальгина, найс. На вторые сутки с момента заболевания боль переместилась в правую подвздошную область, значительно усилилась в день обращения к врачу. Общий осмотр: Состояние мальчика средней степени тяжести. Со сторон легких и сердца патологии не выявлено. Язык влажный, обложен налетом. Живот обычной формы, правая его половина несколько отстает в дыхании. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 5х7х5 см, плотное, неподвижное, болезненное, здесь же имеется нерезко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 120 в минуту. Температура тела 38,6⁰. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-18х10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-21мм/час. Анализ мочи общий: в норме УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь овальной формы, содержимое однородное. Желудок – содержимое однородное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: в норме. Между петель кишечника следы свободной жидкости. Червеобразный отросток – стенки утолщены, рыхлые. Вокруг червеобразного отростка конгломерат, состоящий из петель кишечника и сальника, в центре которого густая жидкость. I. Каков наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		III. Назначьте адекватное обследование для подтверждения диагноза, в том числе и дополнительные методы обследования? IV. Какова лечебная тактика? Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести? V. Какие факторы имели значение в этиологии данного заболевания?
ПК-5	32.	Мальчик 14 лет В хирургический стационар доставлен мальчик 14 лет с <u>жалобами на</u> боль в животе, рвоту съеденной пищей. <u>Анамнез заболевания:</u> известно, что в течение недели беспокоили боли в эпигастральной области, отрыжка. За 2 часа до поступления в стационар появилась “кинжальная” боль в животе, рвота съеденной пищей. <u>Анамнез жизни:</u> ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. <u>Общий осмотр:</u> Состояние тяжелое. Выражение лица страдальческое, положение - вынужденное на левом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык сухой, обложен налетом. Живот не участвует в дыхании, при пальпации напряжен, резко болезненный, выражены симптомы раздражения брюшины. Пульс 120 в минуту, температура тела 37,5°. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3x10¹²/л; Л-8,8x10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-23мм/час. Анализ мочи общий: в норме <u>Обзорная рентгенография</u> брюшной полости в вертикальном положении - Наличие полосы воздуха под диафрагмой (симптом “серпа”). о I. Наиболее вероятный диагноз? 1) Острый гастрит; 3) Острый аппендицит; 4) Острый холецистит; 5) Почечная колика. 6) Перфорация желудка II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя? III. Назначьте адекватное обследование для уточнения

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		диагноза. IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
ПК-5	33.	Мальчик 6 дней жизни Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток. Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2-3 раза скудными порциями. Теряет массу тела. К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастают явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым. При зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Масса тела ребёнка 2150 г, в анализах крови: pH 7,21, pCO₂ 38 мм рт.ст., BE 12, Hb 145 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 123 мЭкв/л, калий плазмы 3,8 мЭкв/л. I. Предварительный диагноз: II. Проведите дифференциальную диагностику III. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и проведения дифференциально-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		диагностического поиска? IV Какие факторы способствуют развитию данного заболевания? V. Какова дальнейшая лечебная тактика и прогноз при данном заболевании?
ПК-5	34.	Девочка 2 лет <u>Анамнез заболевания:</u> в детскую консультацию доставлен ребенок 2-х лет. Сутки назад родители обратили внимание на изменение поведения девочки: стала капризной, вялой, сон стал поверхностным, часто просыпается, спит на правом боку, поджав колени к животу, была однократная рвота, жидкий стул. <u>Общий осмотр:</u> состояние средней степени тяжести. Язык сухой, обложен налетом. При пальпации живота, ребенок ведет себя беспокойно, что выражается в плаче, активном напряжении мышц живота, отталкивании руки осматривающего. Выявить симптомы раздражения брюшины и напряжения мышц из-за негативного отношения ребенка к пальпации не удалось. Пульс 132 в минуту, температура тела 38,1⁰. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-18х10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-21мм/час. Анализ мочи общий: в норме УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность. Желчный пузырь овальной формы, содержимое гомогенное. Желудок – содержимое гомогенное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа - в норме. Между петель кишечника следы свободной жидкости. Червеобразный отросток – стенки утолщены, без видимой перистальтики. о I. Наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза в условиях поликлиники? IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
ПК-5	35.	<i>Мальчик 8 месяцев</i> <u>Анамнез заболевания:</u> мальчик 8 месяцев был доставлен в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		больницу через 7 часов с момента заболевания. Мать считает, что накануне перекормила ребенка и рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства – ребенок сучил ножками, отказывался от еды. Приступ беспокойства был кратковременным, затем мальчик успокоился и спал, проснулся через минут 20-25, возникла рвота и повторное резкое беспокойство. Стул накануне был нормальным. <u>Анамнез жизни:</u> ребенок от третьей физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. <u>При осмотре</u> ребенок бледный, адинамичный, не реагирует на осмотр. Пеленка выпачкана темно-красными выделениями. Живот мягкий, пальпируется колбасовидное образование в брюшной полости. При ректальном исследовании пальпируется «головка» инвагината, по пальцу при ректальном осмотре, выделение большого количества темной крови по типу «малиновое жиде». <u>Обзорная рентгенограмма</u> – снижение газонаполнения тонкой кишки, наличие гомогенной тени, смещение петель кишечника влево. о I. Наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения?
ПК-5	36.	Мальчик 10 лет <u>Анамнез заболевания:</u> у мальчика 10 лет после обильной еды впервые появились сильные схваткообразные боли в животе, многократная рвота. Стула нет, газы не отходят. Два года назад у ребенка была лапаротомия по поводу закрытой травмы живота. <u>Анамнез жизни:</u> ребенок от второй физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. <u>Общий осмотр:</u> мальчик бледный, мечется от боли. Живот асимметричен, вздут в левой половине, определяется

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		видимая перистальтика кишок, перкуторно - перемещающийся тимпанит. При обследовании прямой кишки отмечается расслабление сфинктера заднего прохода, пустая ампула прямой кишки. <u>Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости</u> – множественные горизонтальные уровни и газовые пузыри над ними (чаши Клойбера). Отмечается снижение газообразования в нижних отделах. о I. Наиболее вероятный предварительный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести? VI. Какие возможны осложнения?
ПК-5	37.	Мальчик 1 месяц 10 дней <u>Анамнез заболевания:</u> Ребёнок родился от первой, нормально протекавшей беременности и нормальных родов, с массой тела 3600 г. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Находился на естественном вскармливании. Прибавка массы тела за месяц 700 г. С месячного возраста ребёнок начал срыгивать створоженным молоком I—2 раза в день, затем появилась обильная рвота «фонтаном». Осмотрен педиатром в возрасте 1 мес 10 дней: <u>Общий осмотр:</u> с момента последнего осмотра и взвешивания в месяц жизни, потеря массы тела составила 400 г. Состояние тяжёлое, ребёнок вял, тургор тканей снижен, подкожный жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота «фонтаном» с примесью съеденной пищи сутки назад. Со стороны сердца и лёгких особенностей нет. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области, видна усиленная перистальтика желудка в виде «песочных часов». Масса тела ребёнка 3700 г. <u>В анализах крови:</u> pH 7,56, pCO₂ 38 мм рт.ст., BE +12, Hb 112 г/л, Ht 56%, калий плазмы 3,2 мЭкв/л, натрий плазмы 135 мЭкв/л.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		I. Каков наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести? VI. Какие возможны осложнения?
ПК-5	38.	Мальчик 5 дней жизни <u>Анамнез заболевания:</u> ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 8—12 нед, срочных родов, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8—9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью жёлчи. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни — стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, потерял в массе тела 300г. Кожные покровы бледно-розовые, с мраморностью, тургор тканей снижен, Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в минуту. Живот мягкий, отмечается вздутие в эпигастральной области и западение живота в его нижнем отделе. Из прямой кишки получен скудный стул. <u>При зондировании желудка</u> удалено 60 мл застойного содержимого, окрашенного жёлчью. <u>На обзорной рентгенограмме</u> органов брюшной полости имеются две чаши Клойбера, и небольшое количество газа в остальных отделах кишечника. <u>При рентгеноконтрастном</u> исследовании органов ЖКТ отмечено резкое замедление прохождения контрастного вещества из 12-перстной кишки. о I. Наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Какое ещё обследование необходимо провести для уточнения диагноза? IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения? Исход данного заболевания. Ваш прогноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-5		
ПК-5	39.	Жалобы (со слов матери): на повышение температуры, вялость, насморк, кашель Анамнез заболевания: Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Повысилась температура до 38,3° стал беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Данные осмотра при поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3°С, веки отечны, конъюнктивита гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень +3,5 см. Селезенка +1,5 см. Стул оформленный <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 133 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,93, Лейк - $7,9 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ-4мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1031; белок - 0,3‰, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3 в п/з; соли - ураты. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АлАТ -32 Ед/л, АсАТ - 42 Ед/л. <i>Реакция иммунофлюоресценции:</i> парагрипп (-), грипп (-), РС (-), Аденовир. (+) <i>На рентгенограмме органов грудной клетки</i> - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань, без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются. Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез данного заболевания. Проведите дифференциальный диагноз. Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз. Дайте

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		заключение по рентгенограмме. Назначьте лечение.
ПК-5	40.	Жалобы (со слов матери): на приступообразный кашель, рвоту после кашля. Анамнез заболевания: Ребенок в возрасте 3 месяца поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. Известно, что в семье у его дедушки в течение 3 недель отмечался кашель. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки при этом периодически приступ заканчивался рвотой. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. <i>На рентгенограмме:</i> усиление сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. <i>При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки - обнаружена палочка Haemophilus pertussis.</i> <i>Общий анализ крови:</i> НБ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30,0 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я-20%, л-70%, м - 7%; СОЭ-3 мм/час.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание
		Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез заболевания. Назовите источник заражения. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз и проведите дифференциальный диагноз с пневмонией. Назначьте лечение. Проведите противоэпидемические мероприятия.
ПК-5	41.	Жалобы: на длительный субфебрилитет, увеличение лимфоузлов, слабость, мышечные боли. Анамнез заболевания: Девочка 5 лет, заболела остро с повышения температуры тела 38,5°C, головной боли, слабости, снижения аппетита, мышечных болей. На 8-й день болезни температура сохранялась субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В доме есть кошка и собака. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 ударов в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. На фоне лечения температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Серологическое исследование методом ИФА: ◆ анти-CMV IgG (+), IgM (-); ◆ анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); ◆ анти-TOXO IgG (-), анти-TOXO IgM (+). <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$/л, Лейк $5,6 \times 10^9$/л; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - светло-желтый; прозрачность –

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з. Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез данного заболевания. Предполагаемый источник инфекции. Дайте характеристику возбудителя. Оцените результаты лабораторных исследований. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному? Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями. Назначьте лечение. Профилактические мероприятия.
ПК-5	42.	Жалобы: на повышение температуры, боли в горле при глотании, заложенность носа. Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, больна в течение недели: заболевание началось с заложенности носа, повышения температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах - сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,89, Лейк. - $10,0 \times 10^9/л$; п/я-8%, с/я- 13%, э - 1%, л-40%, м— 13%;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. <i>Положительная реакция Гофф-Бауэра.</i> Задание Поставьте клинический диагноз согласно классификации. На основании каких симптомов поставлен диагноз Этиопатогенез заболевания. Характеристика возбудителя. Оцените клинический анализ крови. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. Назначьте лечение.
ПК-6	43.	Жалобы: на высокую температуру, сильные головные боли, рвоту. Анамнез заболевания: Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня — кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом грипп, тяжелой степени, токсическая форма. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела; 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии, Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены; реакция на свет вялая. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$/л, Тромб - $170,0 \times 10^9$/л, Лейк - $17,0 \times 10^9$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ - 30 мм/час. <i>Ликворограмма:</i> цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание
		Поставьте Клинический диагноз. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре? Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? Противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания
ПК-6	44.	Жалобы: на боли в горле при глотании, повышение температуры. Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на ВЛ. На фоне лечения наложения на миндалины в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяцев - АДС-М анатоксином. 1 -я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При обследовании: В посевах слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacteriumdiphth. mitis</i>. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 156 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. -1,0, Лейк. – $9,6 \times 10^9/л$; п/я-4%, с/я - 65%, б - 1%, л - 18%, м - 12%; СОЭ - 16 мм/час,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание Поставьте диагноз. Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. Проведите дифференциальный диагноз. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? Назначьте лечение. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
ПК-6	45.	Жалобы: на повышение температуры, сыпь по всему телу. Анамнез заболевания: Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях. При осмотре участковым врачом: температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность заднешейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 30%, э - 5%, л - 53%, м - 3%; плазматических клеток - 8, СОЭ - 12 мм/час. Задание Поставьте клинический диагноз. Какова этиология и патогенез предполагаемого заболевания? Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
ПК-6	46.	Жалобы: на рвоту, желтушное окрашивание кожи. Мальчик 6-ти месяцев, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г. Родился в асфиксии. В

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции. Анамнез заболевания: Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее. При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен. Число дыханий 60 в минуту, пульс - 160 ударов в мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота «кофейной гущей». Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились до 0,5 см. <i>Биохимический анализ крови:</i> билирубин общий - 180 мкмоль/л, конъюгированный - 90 мкмоль/л, АлАТ - 260 Ед/л, АсАТ - 300 Ед/л; тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,5 ед., протромбиновый индекс- 15%. <i>Вирусные маркеры:</i> HBsAg - не обнаружен, anti-HbcorIgM - обнаружены, anti-HDV IgM - обнаружены, РНК HDV - обнаружена. Задание Поставьте клинический диагноз. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза? Оцените приведенные данные биохимического анализа крови. Оцените маркерный спектр. Проведите дифференциальный диагноз. Что является главным в патогенезе этой формы болезни? Назначьте лечение.
ПК-6	47.	Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дорожный патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу. Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар — 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина — 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докормливает Энфами-лом. Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5×3,5 см, не выбухает. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно — звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка — у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке. Задание: 1. Предполагаемый диагноз? 2. Определите группу здоровья. 3. Как протекает период адаптации? 4. Укажите факторы и группы риска, их направленность. 5. Номер учетного документа – обменной карты? 6. Каково происхождение желтухи в данном случае, механизмы ее развития?
ПК-6	48.	Жалобы: на недомогание, боли в животе. Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, поступила в клинику из детского дома с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		При поступлении: определялась иктеричность склер, легкая иктеричность кожи. Зев спокоен. В легких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2,0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся. <i>Биохимический анализ крови:</i> уровень билирубина общего - 72 мкмоль/л, конъюгированного - 60 мкмоль/л, активность АлАТ - 1230 Ед/л, АсАТ - 85 Ед/л. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $3,82 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, Лейк - $5,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 53%, э - 2%, л - 40%, м - 2%; СОЭ - 10 мм/час. <i>В моче:</i> обнаружены уробилин и желчные пигменты. <i>Серологические вирусные маркеры:</i> анти-HCV (+), РНК HCV (+), HBsAg (-), анти-HbcorIgM (-), анти-HAVIgM (-). Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез данного заболевания. Проведите дифференциальный диагноз. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз? Оцените данные УЗИ. Назначьте лечение. Противоэпидемические мероприятия в доме ребенка.
ПК-6	49.	Новорожденный недоношенный ребенок, возраст – 18 дней жизни. Первичный патронаж участкового педиатра. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу. Мать жалуется на недостаток молока, докармливает ребенка молочной смесью «Энфамил» <u>Анамнез жизни:</u> мальчик от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность 1-я, протекала с токсикозом в I половине и нефропатией – во II половине. Роды преждевременные на 34-35 нед гестации. Отмечалось тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Масса тела при рождении 2390 г, длина 44 см. Выписан из родильного дома на 17-й день жизни с массой тела 2450 г.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<u>При осмотре:</u> ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор под-бородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субъиктеричные. Видимые слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок 3,5×3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1×1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно ясный легочный звук. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под реберного края, селезенка у края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке. Стул разжиженный, 3 раза за сутки, с небольшой примесью зелени. <u>Задание:</u> 1. Оцените состояние здоровья ребенка. 2. Определите группу здоровья. Укажите факторы и группы риска, их направленность. 3. Нуждается ли ребенок в докорме молочной смесью? Как рассчитать количество молока (молочной смеси), необходимой недоношенному ребенку в этом возрасте? 4. План дифференцированного наблюдения за ребенком на участке. 5. Составьте календарь проведения профилактических прививок.
ПК-6	50.	Новорожденная недоношенная девочка, 17 дней жизни, поступила под наб-людение участкового педиатра. Анамнез жизни: ребенок от 2-ой неконтролируемой беременности (1-я бере-менность – самопроизвольный выкидыш на 18 нед гестации, после чего же-нщина не обследовалась), в женской консультации не наблюдалась. Роды на 34-35 нед гестации, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричала после санации верхних дыхательных путей и желудка. Масса тела при рождении 2350 г, длина 43 см; при выписке – 2450 г и 43 см соответственно. В роддо-ме проведена вакцинация БЦЖ, взяты анализы для скринингового исследо-вания на ФКУ и врожденный гипотиреоз. Родители ребенка – студенты. Ма-тери 22 года,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		страдает хроническим тонзиллитом, гастритом; отцу 23 года, считает себя здоровым. Живут в коммунальной квартире, где проживают еще две семьи; бытовые условия – комната 10 кв. м. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное. Телосложение правильное. Окружность головы 34 см. Голова округлой формы, кости черепа мягкие. Большой родничок 3×3 см, не выбухает. Кожа розовая, чистая, с участками пушковых волос на лбу и бедрах. На стопах определяется одна поперечная складка. Пупочная ранка чистая, сухая. Дыхание пузырьное, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, прослушивается нежный систолический шум в V точке, без зоны проведения. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не увеличена. Стул 5-7 раз за сутки, желтый, кашицеобразный, без примесей. Физиологические рефлексы вызываются, но быстро истощаются. Двигательная активность ребенка несколько снижена, отмечается преобладание тонуса сгибателей над разгибателями, без физиологического гипертоноуса. Ребенок находится на естественном вскармливании, сосет вяло, с перерывами, иногда отмечаются необильные срыгивания. Мать прикладывает ребенка к груди «по требованию», иногда до 15 раз в сутки. Задание: 1. Оцените состояние здоровья ребенка. 2. По какой группе здоровья будет наблюдаться ребенок. 3. Каковы имеющиеся факторы риска и их направленность. 4. План диспансерного наблюдения ребенка на педиатрическом участке. 5. Составьте календарь проведения профилактических прививок.
ПК-6		
ПК-6	51.	Жалобы: на повышение температуры, жидкий стул с примесью слизи, зелени, прожилок крови. Анамнез заболевания: Ребенок 6 лет, посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	Заболел остро: повысилась температура тела до 39°C, была повторная рвота и жидкий каловый стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,5°C, возникли судороги клонического характера, участился стул до 10 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после литической смеси и седуксена прекратились. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в минуту. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Кернига и Брудзинского - положительные. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 150 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $9,6 \times 10^9/л$; п/я - 12%, с/я - 60%, э - 2%, л - 20%, м - 6%; СОЭ - 22 мм/час. <i>Копрограмма:</i> консистенция - жидкая, слизь - большое количество, кровь - большое количество, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты - 30-50 в п/з, эритроциты - до 100-159 в п/з, яйца глистов - отрицательно. <i>РНГА:</i> с сальмонеллезным диагностикумом - отрицательная Задание Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания. Этиопатогенез данного заболевания. Объясните патогенез возникновения неврологических синдромов. Возможный источник инфекции и путь заражения? Назначьте лечение (неотложные мероприятия, средства этиопатогенетического воздействия). Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив? Противоэпидемические мероприятия в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		очаге инфекции.
ПК-6	52.	Жалобы: на мышечную слабость, жажду, головные боли. Анамнез заболевания: Девочка 10 лет, вернулась из деревни, где питалась консервами, купалась в озере и пила некипяченую воду. Перед возвращением почувствовала слабость, боли в животе, была однократная рвота и кашицеобразный стул 3 раза. Затем состояние продолжало ухудшаться: прогрессировала мышечная слабость, быстрая утомляемость, появились сухость во рту, жажда, ощущение тяжести и распираания в эпигастрии, головная боль, головокружение. Температура тела не повышалась. Госпитализирована на 2-й день болезни с подозрением на кишечную инфекцию. При поступлении: состояние тяжелое. Одышка, усиливающаяся при нагрузке, сухой кашель, першение в горле, «туман» перед глазами, двоение предметов. Кожа обычной окраски. Слизистая оболочка полости рта чистая, небная занавеска слегка провисает. Лимфоузлы не увеличены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный без патологических примесей. <i>Анализ кала на кишечную группу:</i> отрицателен. <i>Общий анализ крови:</i> НБ - 134 г/л, Эр - $4,06 \times 10^{12}/л$, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 50%, э - 2%, л - 40%, м - 6%; СОЭ - 2 мм/час. <i>Копрограмма:</i> консистенция кала - кашицеобразная, цвет - коричневый, реакция - слабощелочная, слизь - нет, кровь - нет, остатки не переваренной пищи (+), реакция на стеркобилин (-), билирубин (+), мышечные волокна (+), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (+), лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, яйца глистов - острицы. <i>РНГА:</i> с эритроцитарным диагностикумом шигелл Зонне - 1:50, ши-гелл Флекснера - отрицательно, с комплексным сальмонеллезным - отрицательная. Задание О каком заболевании следует думать? Этиопатогенез данного заболевания. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения. Назначьте лечение. Какие условия следует соблюдать при проведении специфической терапии?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
ПК-6	53.	Жалобы: на обильный жидкий стул, рвоту фонтаном, резкую вялость. Анамнез заболевания: Мальчик 12 лет, летом отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения: отмечался кратковременный подъем температуры тела до 37,5°C, резкая вялость. Стул обильный, жидкий, водянистый, типа «рисового отвара». Дефекация без потуг, часто непроизвольная. Госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии. Беспокоит вялость, слабость, головокружение, выраженную жажду, повторную рвоту «фонтаном». При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, синева вокруг глаз, язык обложен, сухой. Руки и ноги холодные. Кожа бледная с мраморным рисунком, на животе - собирается в складку, акроцианоз. Зев бледный. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс до 140 ударов в мин., глухость сердечных тонов, одышка. Живот втянут, мягкий, безболезненный, при пальпации - разлитое урчание. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, обильный, водянистый, мутно-белый с плавающими хлопьями до 12 раз в сутки. Диурез снижен. Менингеальных знаков нет. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 150 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 1; Лейк - $5,0 \times 10^9/л$; п/я - 4%, с/я - 60%, э - 2%, л - 26%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность - 1038, белок - 0,06‰, глюкоза - нет, эпителий кл. — ед. в препарате; лейкоциты - 5-6 в п/з, эритроциты - нет. <i>Показатели КОС:</i> рН крови - 7,24; PCO_2 - 30 мм рт.ст., PO_2 - 70 мм рт.ст., ВЕ - (-12,0); калий плазмы - 2,8 ммоль/л, натрий плазмы - 125 ммоль/л. Задание О каком заболевании следует думать? Этиопатогенез заболевания. К какому типу диарей относится это заболевание? Какие данные эпидемического анамнеза могут явиться подтверждением предполагаемого диагноза? Почему? Назначьте лечение Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии. Есть ли показания для инфузионной терапии? Если да — напишите состав капельницы. Основные противоэпидемические мероприятия, которые должен выполнить врач при выявлении такого больного на

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		дому?
ПК-5	54.	Жалобы: на частый жидкий стул, рвоту, повышение температуры. Анамнез заболевания: Мальчик 3 лет. Заболел в детском саду: повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3°C, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, желто-зеленого цвета с резким запахом, не переваренный. При поступлении в стационар (2-й д/б): состояние средней тяжести, температура тела 35,8°C, вялый, пьет неохотно, капризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс - 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула. На 3-й день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 134 г/л, Эр - $4,06 \times 10^{12}$/л, Лейк - $8,0 \times 10^9$/л; п/я - 3%, с/я - 39%, э - 2%, л - 50%, м - 6%; СОЭ - 6 мм/час. <i>В посевах испражнений</i> - патогенные микробы семейства кишечных не обнаружены. <i>РНГА:</i> с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном - отрицательная. Задание Поставьте предварительный клинический диагноз. Объясните патогенез развития диарейного синдрома при этом заболевании и тип диареи. Проведите дифференциальную диагностику со сходными по

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		клиническим проявлениям заболевания. Назначьте диету и лечение на день поступления больного в стационар. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Состояние вопроса и перспективы иммунизации детей против этого заболевания на данном этапе научных исследований?
ПК-5	55.	Жалобы: на вялость, жидкий стул цвета болотной тины. Анамнез заболевания: Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя не хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом. Доставлен в стационар бригадой «Скорой помощи». В приемном отделении: состояние довольно тяжелое, температура тела 38°C, вялость, однократная рвота, принеся облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая оболочка полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев розовый, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания был трехкратно, жидкий, обильный, зловонный, цвет — «болотной тины». Мочеиспускание не нарушено. <i>Анализ крови общий</i> при поступлении в стационар: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Лейк - $12,0 \times 10^9/л$; п/я - 10%, с/я - 60%, э - 0%, л - 28%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час. <i>Общий анализ мочи</i>: удельный вес - 1010, белок - 0,033‰, сахар - нет, ацетон (++) , лейкоциты – 3-4 в п/з. Задание Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния. Этиопатогенез данного заболевания Назовите возможный источник и путь инфицирования. Дайте оценку результатов проведенных лабораторных исследований. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Назначьте диету и лечение. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии. Показания для выписки больного из стационара и

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-6	56.	противоэпидемические мероприятия в очаге.
		Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов - эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - 5,5x10¹²/л, Ц.п. - 0,99, тромб - 270x10⁹/л, Лейк - 17,2x10⁹/л, метамиелоциты - 3%, п/я - 13%, с - 57%, л - 24%, м - 3%, СОЭ - 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л. Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза? 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание? 5. Какие грамположительные микроорганизмы Вы знаете? 6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? 7. Назначьте лечение. 8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка? 9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания? 10. Можно ли купать ребенка? 11. Возможные исходы и прогноз. 12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме. 13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный? 14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?
ПК-6	57.	Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота — крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 186 г/л, Эр — $5,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,94, Лейк — $6,4 \times 10^9/л$, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — 4-5 в п/з, цилиндры — нет, соли — кристаллы мочевой кислоты. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л. Задание к задаче по педиатрии 1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни? 3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни? 4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга? 5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога? 6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция? 7. Оцените результаты общего анализа крови. 8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога? 9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения? 10. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния? 11. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях. 12. Как следует кормить этого ребенка?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		13. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного? 14. Какие периоды внутриутробного развития плода выделяют?
ПК-6	58.	Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Группа крови матери</i> A(II) Rh-положительная. <i>Группа крови ребенка</i> 0(I) Rh-положительная. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 196 г/л, Эр — $5,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — $9,0 \times 10^9/л$, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет. <i>Биохимический анализ крови</i> на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, АСТ — 18 ммоль/л Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте диагноз. 2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		рождении? 3. Оцените результаты общего анализа крови. 4. Оцените результаты общего анализа мочи. 5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения? 6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного. 7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае? 8. Каков генез желтухи в данном случае? 9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного. 10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу? 11. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови? 12. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка? 13. Как кормить этого ребенка? 14. Каков прогноз для этого ребенка?
ПК-6	59.	Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии При дополнительном обследовании: <i>билирубин пуповинной крови</i> составил 105 мкмоль/л.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. <i>НЬ периферической крови</i>, определенный по cito, 149 г/л. Задание к задаче по педиатрии 1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае? 2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме. 3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза? 4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови? 5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости? 6. Каков патогенез настоящего заболевания? 7. Какие группы крови Вы знаете? 8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного. 9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина? 10. Назначьте и обоснуйте лечение. 11. Как должен вскармливаться этот ребенок? 12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании? 13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания? 14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки? 15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?
ПК-6	60.	Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась. При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 141 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,99, Лейк — $9,4 \times 10^9$/л, п/я — 7%, с — 53%, э — 1%, л — 32%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Биохимический анализ крови на 2-й день жизни:</i> общий белок — 54,4 г/л, билирубин: непрямой — 180 мкмоль/л, прямой — нет. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза? 3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования? 4. Каков патогенез выявленных клинических симптомов? 5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ребенка невропатологом? 6. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости? 7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае? 8. Как следует кормить этого ребенка? 9. Назначьте лечение. 10. Какие группы крови Вы знаете? 11. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор? 12. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда? 13. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара? 14. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?
ПК-6	61.	Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия. При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 152 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты -6%, Ц.п. — 0,99, Лейк — $12,0 \times 10^9/л$, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 36%, м -8%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Группа крови ребенка</i> А(II) Rh-положительная. <i>Биохимический анализ крови</i> на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямой — 328 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСТ — 65 ед., АЛТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед. Задание к задаче по педиатрии 1. О каком заболевании можно думать в данном случае? 2. Объясните патогенез данного заболевания. 3. Оцените результаты общего анализа крови. 4. Оцените результаты биохимического анализа крови. 5. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза? 6. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости? 7. Можно ли было прогнозировать развитие этого заболевания гинекологами женской консультации? 8. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему? 9. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		10. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии? 11. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему? 12. Назначьте лечение. 13. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки? 14. Какова тактика ведения акушерами женщины после родов?
ПК-6	62.	Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение». Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период — 15 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% — 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе — ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 180 г/л, Эр — $5,4 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,94, тромб — $310,0 \times 10^9$/л, Лейк — $5,9 \times 10^9$/л, п/я — 3%, с — 51%, л — 38%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Время кровотечения по Дюке</i> — 2 минуты. <i>Время свертывания по Бюркеру:</i> начало — 3,5 минуты, конец — 7 минут.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>Коагулограмма:</i> каолиновое время — 100" (норма — 40-60"), АЧТВ -90" (норма — 40-60"), протромбиновое время по Квику — 26" (норма — 12-15"), тромбиновое время — 30" (норма — 28-32"), протромбиновый комплекс -25% <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 48,4 г/л, билирубин: непрямой — 196 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, АСТ — 38 ед., АЛТ — 42 ед. <i>Нейросонограмма:</i> рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — до 6 мм). Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае? 3. Какие звенья гемостаза Вы знаете? 4. Оцените результаты общего анализа крови. 5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты? 6. Оцените результаты биохимического анализа крови. 7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома? 8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога? 9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга? 10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае? 11. Назначьте лечение. 12. Каков прогноз у этого ребенка? 13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни? 14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?
ПК-6	63.	Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	стимуляция окситоцином. 1-й период родов — 8 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с непереваarenными комочками. В неврологическом статусе — крик монотонный, большой родничок 2,0×2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 192 г/л, Эр — $5,8 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,98, Лейк — $12,5 \times 10^9$/л, п/я — 10%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 62,0 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочеви́на — 3,3 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л, фосфор — 2,32 ммоль/л. <i>Нейросонограмма</i> в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма — 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		перивентрикулярных областей. Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты? 3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного? 4. Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного? 5. Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного? 6. Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного. 7. Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Если «да», то какие изменения возможны? 8. Назначьте лечение. 9. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга. 10. Каков прогноз для данного больного? 11. В наблюдении каких, специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара? 12. Назовите основные причины неонатальных судорог.
ПК-6	64.	Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 12 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005×2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	лечения. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 221 г/л, Эр — $6,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,97, Лейк — $8,2 \times 10^9/л$, п/я — 6%, с — 56%, э — 1%, б — 1, л — 30%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 98 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,0 ммоль/л, калий -6,0 м'моль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,05 ммоль/л. <i>Нейросонограмма:</i> немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — 6 мм). Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Показано ли этой больной рентгенологическое

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		исследование и какие изменения Вы ожидаете? 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга? 6. Назначьте лечение. 7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер. 8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС? 9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть? 10. Какие осложнения возможны? 11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства? 12. Какие осложнения возможны со стороны глаз у новорожденного, перенесшего гипоксию? 13. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?
ПК-6	65.	Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток 13,5 часов. Околоплодные воды прозрачные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду. При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого. Вопросы к задаче : 1. Основной диагноз. А. Правосторонняя нижнедолевая ранняя неонатальная пневмония В. Правосторонняя нижнедолевая внутриутробная пневмония. С. РДСН 2. Назначьте антибактериальную терапию. А. Аmpiциллин + Цефтриаксон В. Аmpiциллин + Нетромицин С. Тиенам + максипим 3. Дозы применяемых антибиотиков. А. Аmpiциллин 150 мг/кг + Цефтриаксон 80 мг/кг В. Аmpiциллин 50 мг/кг + Нетромицин 5 мг/кг С. Тиенам 40 мг/кг + Максипим 80 мг/кг
ПК-6	66.	Ребенок 7 суток жизни от женщины 17 лет, соматически здоровой, от 1 беременности, протекавшей с гестозом во 2-м триместре, ФПН. Роды экстренные преждевременные, на 32-33 неделе беременности, оперативные, путем кесарева сечения по поводу прогрессирования ФПН и начавшейся острой гипоксии плода. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 2000 г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Безводный промежуток 13 часов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет дыхательной недостаточности и синдрома угнетения, нарастания симптомов интоксикации. Ребенок интубирован,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		переведен на ИВЛ с жесткими параметрами. В последующие 5 суток состояние с некоторым улучшением, параметры ИВЛ смягчились. Кормится начал с 3 суток жизни смесью для недоношенных в объеме 5 мл в кормление 7 раз в сутки. На 6 сутки жизни, когда объем кормления достиг 15 мл появилось застойное отделяемое с зеленью по желудочному зонду в объеме 1/2 кормления, энтеральную нагрузку не отменили. На 7 сутки жизни появилось вздутие живота, примесь зелени и слизи в стуле (после стимуляции, самостоятельного стула не было в течение суток). При пальпации живота некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки, аускультативно –перистальтика снижена. В общем анализе крови на 5 сутки жизни: гемоглобин -167 г/л, лейкоциты - $25,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы сегментоядерные -72%, палочкоядерные -0, метамиелоциты -2%, лимфоциты -12%, моноциты -12%, эозинофилы -2, тромбоциты - $70,0 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 5 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: глюкоза 2,1 ммоль/л, на 5 сутки жизни -15,6 ммоль/л, общий белок 41 г/л, альбумин 28 г/л, СРБ 19 мг/л, креатинин 100 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, ГГТ 190, ЩФ 180, АСТ 76, АЛТ 201 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль/л, прямой -59 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л, прокальцитонин 3. КОС на 7 сутки жизни: pH -7,27, pO₂-75 мм рт.ст., pCO₂-34 мм рт.ст., BE -5,3. На УЗИ органов брюшной полости на 7 сутки жизни –газ в системе воротной вены отсутствует. Вопросы к задаче: - Сформулируйте основной клинический диагноз. А. РДСН новорожденных В. Внутриутробная пневмония С. Синдром невоспаленной фетальной жидкости - Каким состоянием осложнилось течение основного заболевания? А. Неспецифический энтероколит В. Дисбактериоз С. Гастро-эзофагальная болезнь - Рассчитайте объем энтерального питания в данной ситуации. А. Необходимый объем 30 мл В. Необходимо отменить энтеральное питание С. Необходимый объем не должен превышать объем желудка
ПК-6	67.	Недоношенный ребенок 34 недель гестации поступил в отд.2-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		го этапа выхаживания на 10 сутки жизни из ОИТс дз: внутриутробная пневмония, состояние после ИВЛ, гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, конъюгационная гипербилирубинемия, ранняя анемия недоношенных, недоношенность 32 недели, ЗВУР 3 ст. Ребенок от женщины 30 лет с первичным бесплодием, 1 бер-сти в результате ЭКО, от 1-ых оперативных родов путем кесарева сечения в связи с прогрессирующей внутриутробной гипоксией плода. При рождении: оценка по шкале Апгар 3/5 баллов, масса тела 910 грамм, состояние тяжелое, за счет нарастания дыхательной недостаточности. Проводилась ИВЛ в родзале. В связи с тяжелым течением РДСН, на ИВЛ ребенок находился в течение 9 дней. Получил лечение: ампициллин, нитромицин, клафоран, амикацин, дицинон, дифлюкан, инфузионная терапия; в возрасте 8 дней жизни - переливание эритроцитарной массы в связи с резким снижением гемоглобина до 90 г/л и падением гематокрита <0,3 г/л. Состояние при поступлении на 2 этап выхаживания тяжелое за счет умеренно выраженных симптомов ОДН 1, синдрома угнетения ЦНС, конъюгационной гипербилирубинемии, недоношенности. На осмотр реагирует незначительным нарастанием активности, глаза не открывает, крик тихий, самостоятельно не сосет, срыгивает, тепло удерживает плохо. Кожа иктерична до 2 ст. на бледно-розовом фоне. Отмечается цианоз носогубного треугольника, нарастающий при физической нагрузке, сероватая окраска кожных покровов. Мышечный тонус и двигательная активность снижены, вызываемые рефлексы орального автоматизма быстро истощаются. Зона сухожильных рефлексов уменьшена, большой родничок не напряжен. Дыхание с западением мечевидного отростка и втяжением межреберных промежутков, при аускультации ослаблено, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, во 2 и 3 точках ауск. выслушивается грубый систолич. шум, проводящийся на спину. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см. Мочится, стул желто/зеленый, кашицеобразный. В клин. анализе крови на 10 сутки жизни гемоглобин 120 г/л, лейкоц 17,6x10³/мл, палочки 9%, сегменты 48%, лимфоциты 31%, эозинофилы 1 %, моноциты 11%, СОЭ 5 мм/ч. В б/х крови белок 45 г/л, альбумин 29 г/л, билирубин общий 157 мкмоль/л, непрямой 112 мкмоль/л, мочевины 4 ммоль/л. На рентгенограмме грудной

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		клетки снижение воздушности легочной ткани, усиление легочного рисунка, очаговые инфильтративные тени определяются в нижних долях легких. На НСГ отмечаются признаки морфо-функциональной незрелости. Повышение эхогенности в области таламо-каудальной вырезки слева, повышение эхо-генности перивентрикулярных областей, расширение левого желудочка до 6 мм, правого до 7 мм, в полости боковых желудочков определяются участки повышенной эхогенности размером 0,1x0,1 см Вопросы к задаче 1. Ваш предположительный диагноз, обуславливающий основную тяжесть состояния: А. Внутриутробная пневмония В. РДСН С. Бронхо-легочная дисплазия 2. Каковы причины синдрома угнетения ЦНС в данной ситуации? А. Симптомы интоксикации В. Внутрижелудочковое кровоизлияние С. Манифестация гнойного менингита 3. Какие антибактериальные препараты Вы назначите на смену проводимой на данный момент антибактериальной терапии? А. Продолжить начатую АБ терапию В. Ципрофлоксацин С. Тиенам + ванкомицин
	68.	Мальчик 17 суток жизни, от женщины 36 лет, соматически здоровой, носителя ВПГ-2, от 4 беременности (1 – срочные роды, девочка 3200 г, здорова, 2 -м/а, 3 – самопроизвольный выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей без осложнений (со слов матери, так как на учете в период беременности она не состояла). Роды на сроке 36 недель, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Плацента с участками кальцинатов. Масса тела при рождении 2120 г, рост 43,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. Желтуха с первых суток жизни. Печень + 3,0 из-под края реберной дуги, селезенка + 0,7 см из-под края реберной дуги. Однократно в 1 сутки жизни эпизод атипичных судорог, купировавшийся самостоятельно. В динамике отмечалось незначительная положительная динамика. Весовая кривая

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		монотонная. На 2 сутки жизни появился подъем температуры до 37,9 °С, расхождение черепных швов до 0,3 мм. Усугубилась мышечная гипотония и гипорефлексия, появились срыгивания, симптом «Грефе». На 3 сутки жизни развился приступ генерализованных клонико-тонических судорог, появилась кровоточивость из мест инъекций. Анализ спинномозговой жидкости на 3 сутки жизни: слегка мутноватая, сахар 2,4 ммоль/л, белок 1,8 г/л, цитоз 300 (75% лимфоцитов). Вопросы к задаче : - Предположительный диагноз. А. Вирусный менингит В. Субарахноидальное кровоизлияние. С. Раннее органическое поражение ЦНС - Необходимый дополнительный метод исследования. А. Посев ликвора на стерильность В. Посев ликвора на стерильность и анализ ликвора методом ПЦР С. НСГ - Предполагаемая этиотропная терапия. А. Антибактериальная терапия в максимальных дозах В. Заместительная иммунокоррекция С. Ацикловир до получения результатов исследования ликвора и антибактериальная терапия
	69.	Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3 беременности (1 – мертворождение на сроке 26 недель, 2 – замершая беременность на сроке 11 недель), протекавшей с мононуклеозоподобным заболеванием во 2 триместре. В 20 недель положительная ПЦР к вирусу ЦМВИ, АТ к нему не было, в 24 недели -низкоavidные IgGv титре 1:40. Роды на сроке 35 недель гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении 2030 г, рост 44,5 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения нервно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей экхимозы. С первых суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия, желтуха, петехиальная сыпь. На 3 сутки жизни у ребенка развился приступ фокальных судорог. В клиническом анализе крови: гемоглобин-160 г/л, эритроциты-4,6 ×10¹²/л, лейкоциты-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		18×10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы-27%, палочкоядерные нейтрофилы-5%, лимфоциты-56%, эозинофилы-3%, моноциты -9%, тромбоциты -120×10⁹/л. СОЭ 4 мм/час. Вопросы к задаче: 1.Ваш предварительный диагноз? А. Генерализованная внутриутробная инфекция бактериальной этиологии. В. Врожденный инфекционный мононуклеоз. С. Генерализованная ЦМВ. 2.Какой дополнительный метод исследования необходимо провести в первую очередь? А. НСГ В. Спинномозговую пункцию с исследованием ликвора на TORCH-инфекции. С. Анализ крови методом ПЦР к вирусу Эпштейн-Бар 3.Назовите препарат выбора при данном заболевании у новорожденных? А. Ганцикловир В. Ацикловир С. Цефтриаксон
	70.	Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы. В клиническом анализе крови при рождении Hb160 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, с/я нейтрофилы 63%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 25%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Hb140 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, СОЭ 4 мм/час. КОС: рН -6,96, рО₂ - 25 мм рт. ст., рСО₂ -78 мм рт. ст. ВЕ --9, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе достигло 100%, сатурация 69, уровень лактата 3,2, глюкозы 2,3, ионизированного кальция 0,75. На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете –тромбы. Вопросы к задаче : 1.Предварительный диагноз. А. Геморрагическое поражение ЦНС, ВЖК 2-3 степени В. Вирусный менинго-энцефалит С. Токсико-метаболическое поражение ЦНС 2.Какое осложнение основного заболевания наиболее вероятно у данного ребенка? А. Окклюзионная гидроцефалия В. Инфекционно-токсический шок С. ДВС-синдром 3.Дополнительные методы обследования, которые Вы проведете в первую очередь. А. Компьютерная томография В. Коагулограмма С. Люмбальная пункция
	71.	Ребенок 1 суток жизни, от женщины 33 лет, страдающей ожирением, от 2 беременности (1 закончилась срочными родами, мальчик 4100 г), протекавшей с проявлениями гестационного сахарного диабета, по поводу которого мать получала инсулинотерапию, однако, диету она не соблюдала, инъекции делала не регулярно, уровень глюкозы не мониторировала, так как не считала себя больной. От 2 преждевременных самопроизвольных родов на сроке 36 недель гестации в головном предлежании. Гиперплазия плаценты. Масса тела при рождении 3800 г, рост 50 см.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние средней тяжести за счет синдрома угнетения ЦНС. Лицо лунообразное, короткая шея, кожа чистая, лануго. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Границы сердца расширены вправо на 0.5 см, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Через 1 час после рождения стал еще более вялым, развилась мышечная гипотония, клонические судороги. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: Нб 235 г/л, Эр $6,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $13,4 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы 61%, палочкоядерные нейтрофилы 3%, лимфоциты 28%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $190 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. В биохимическом анализе крови в 1 час жизни: общий белок 47 г/л, альбумин 29 г/л, СРБ 6 мг/л, креатинин 80 ммоль/л, мочевины 4,9 ммоль/л, глюкоза 0,7 ммоль/л, АСТ 16 Е/л, АЛТ 21 Е/л, билирубин общий 26 мкмоль/л, прямой 2,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 6,2 ммоль/л, кальций ионизированный 0,9 ммоль/л. Вопросы к задаче: - Сформулируйте основной клинический диагноз. А. Вирусный менинго-энцефалит В. Преходящее метаболическое поражение ЦНС. С. Субарахноидальное кровоизлияние. - С чем связано развитие данного состояния? А. Перенесенное вирусное заболевание неясной этиологии В. Перенесенной внутриутробной гипоксией С. Развитием диабетической эмбриопатии - Ваша терапевтическая тактика. А. Немедленное начало антибактериальной терапии В. Коррекция гипогликемии С. Коррекция гипокальциемии
	72.	Мальчик 4 дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, лечения не проводилось. Роды срочные с длительными безводным промежутком 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкалы Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы –36 см, грудной клетки –36 см. К груди не

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, гипотония. На 2й день жизни отмечался подъем температуры до 39 °С, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0 °С, крик мозговой, положительный симптом Лессажа. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких ослабленное, хрипов нет. ЧСС –160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с непереваренными комочками и прожилками слизи. Исследования спинномозговой жидкости: белок –2,5 г/л, реакция Панди +++, цитоз 1300 в 3 мкл: нейтрофилы –70%, лимфоциты –30%. Бактериологическое исследование материалы в работе. Вопросы к задаче : 1. Предварительный диагноз .А. Ранний неонатальный бактериальный менингит В. Врожденный цитомегаловирусный менинго-энцефалит С. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 2. Ваши предложения по необходимости антибактериальной терапии и дозах антибактериальных препаратов А. Нет необходимости в назначении АБ препаратов. В. АБ терапия показана в средневозрастных дозировках С. АБ терапия показана в максимальных возрастных дозировках 3. Назовите необходимые дозы предложенных антибиотиков А. Цефтриаксон 75 мг/кг+Ванкомицин 20 мг/кг В. Цефтриаксон 50 мг/кг+амикацин 4 мг/кг С. Тиенам 40 мг/кг
	73.	Ребенок 3 суток жизни, от женщины 18 лет, страдающей хроническим тонзиллитом, от 1 беременности. За период беременности имели место повторные обострения хронического тонзиллита, протекавшие с подъемом температуры выше 38 °С. Последнее обострение с эпизодом лихорадки за 7 дней до родов. Роды на 36 неделе, в головном предлежании. 1 период -10 часов, 2 –30 мин, безводный промежуток 15 часов. Воды мутные, с запахом, оболочки тусклые. Масса тела при рождении 2500г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС и дыхательной недостаточности. На осмотр реагирует вяло, стонущее дыхание. Безусловные рефлексы новорожденного угнетены. Выраженная мышечная гипотония. На первые сутки жизни отмечен однократный подъем температуры до 38,3 °С. На вторые сутки жизни появились срыгивания «кофейной гущей» и кровоточивость из мест инъекций. На 3 сутки отмечалась гипотермия до 35,5 °С. Кожные покровы субиктеричные, на сероватом фоне, акроцианоз, мраморность, пастозность мягких тканей лица, поясницы, голеней, мелкоочечные петехиальные кровоизлияния на коже живота. Частота дыхания до 60 ′, аускультативно –ослаблено, множественные крепитирующие хрипы по задней поверхности легких. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС до 180 ′. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 3,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка –на 1 см. Пупочная ранка под корочкой, края не гиперемированы, не отечны. Стул непереваренный со слизью. Правая подключичная вена катетеризирована, статус локалис без патологических изменений. Диурез 0,8 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни: гемоглобин 170 г/л, эритроциты 4,9 x 10¹²/л, лейкоциты 6,5x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 20%, эозинофилы 0%, моноциты 6%, тромбоциты 60x 10⁹/л, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: общий белок 39 г/л, альбумин 27 г/л, СРБ 90 мг/л, креатинин 140 ммоль/л, мочевины 9,8 ммоль/л, глюкоза 8,6 ммоль/л, АСТ 44 Е/л, АЛТ 48 Е/л, билирубин общий 156 мкмоль/л, прямой 7,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 7,2 ммоль/л, прокальцитонин 19 нг/мл. Рентгенограмма: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очагово-инфильтративные тени в нижних долях обоих легких. Вопросы к задаче: - Основной диагноз. А. Ранний неонатальный сепсис В. Врожденная цитомегаловирусная инфекция С. Генерализованный кандидоз - Назовите форму текущего процесса А. Смешанная форма генерализованной ЦМВ инфекции В. Септицемия С. Системная воспалительная реакция

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3.Рекомендуемые антибактериальные препараты, необходимые в данной ситуации. А. Цефтриаксон+Метрагил В. Цефтриаксон+Ванкомицин С. Цефтриаксон+меронем.
Инфекционные болезни у детей		
ОПК-8	74.	Мальчик 13 лет, заболел остро: с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрии. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован. Состояние средней тяжести, температура тела — 39°C. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам — без особенностей. Обе околоушные железы увеличены. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 140 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,95, Лейк — $8,2 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 63%, л — 21%, м — 12%; плазм, клетки — 1%, СОЭ — 8 мм/час. <i>В посевах слизи из ротоглотки</i> патогенная микрофлора не обнаружена. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — светло-желтый, плотность — 1020, белок — нет, сахар — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — единицы. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания? 3. В консультации какого специалиста нуждается больной? 4. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании? 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Какие осложнения возможны при данном заболевании? 7. Оцените результаты лабораторных исследований. 8. Чем отличается паротит от околоушного лимфаденита? 9. Есть ли особенности в пути передачи данного заболевания?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		10. Назначьте лечение. 11. Каковы исходы данного заболевания? 12. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания? 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если «да» — то какими препаратами?
	75.	Мальчик 7 лет, стал жаловаться на боли в правой подмышечной области, на боли при сгибании правого локтевого сустава. На руках царапины. На внутренней поверхности правой ладони видна папула размером 0,2×0,3 см под корочкой, от которой тянется «дорожка» лимфангоита. Кубитальный лимфоузел справа увеличен до размеров 2×2 см, подмышечный узел до 1,5×2,0 см. Диагностирован лимфаденит и начато лечение внутримышечными инъекциями пенициллина. Состояние не улучшилось, появились катаральные явления, одышка экспираторного характера, температура тела — 38°C. Направлен в госпитализацию. При поступлении: состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации, кожные покровы бледные, умеренно выражен цианоз носогубного треугольника. Пальпируются все группы лимфоузлов, размерами 1,2×2,0 см, множественные. Пальпация кубитального лимфоузла болезненная, размерами 2×4 см, кожа над ним гиперемирована, отечная, в центре — зона флюктуации. Тоны сердца приглушены. Одышка, в нижнемедиальном отделе левого легкого выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот болезненный, печень +1,5 см. Селезенка не пальпируется. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 130 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,86, Лейк - $14,0 \times 10^9/л$; п/я — 7%, с/я — 72%, э — 3%, л — 10%, м — 8%; СОЭ 27 мм/час. <i>Иммунофлюоресцентное исследование слизи из носоглотки:</i> грипп — отрицательно, адено — отрицательно, парагрипп — отрицательно, РС-вирус — отрицательно. <i>Серологические маркеры:</i> Заболевание IgM IgG ЦМВ — + Герпес I типа — + Герпес II типа — —

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Токсоплазмоз — + Листериоз — — Хламидиоз + — Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Укажите возможный источник заболевания. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Оцените результаты анализа периферической крови. 5; Как Вы оцените данные серологического исследования? 6. Какие дополнительные исследования назначите для уточнения диагноза? 7. Каков патогенез данного заболевания? 8. Нуждается ли больной в дополнительных инструментальных исследованиях? 9. Каких специалистов пригласите для консультации и лечения? 10. Перечислите клинические формы данного заболевания согласно классификации. 11. Назначьте лечение. 12. О каких мерах профилактики проведете беседу с родителями больного?
	76.	Мальчик 3 лет посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие два дня температура тела 38°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой оболочке полости рта. На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела — 40°C, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 140 г/л, Эр — $4,4 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,95, Лейк - $17,5 \times 10^9$/л; п/я — 3%, с/я — 82%, э — 1%, л — 12%, м — 2%; СОЭ — 25 мм/час.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание? 3. Имеется ли полиморфизм сыпи? 4. Каков патогенез экзантемы при данном заболевании? 5. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины? 6. Какие еще проявления болезни возможны у ребенка? 7. Оцените результаты анализа периферической крови. 8. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 9. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному? 10. Назначьте лечение. 11. Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком? 12. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детском саду и в семье, где есть еще ребенок 5 лет? 13. Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?
	77.	Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5°C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях — обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 130 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,87, Лейк — $7,0 \times 10^9/л$; п/я — 5%, с/я — 42%, л — 49%, м — 4%; СОЭ — 20 мм/час. <i>Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы</i> — отрицателен. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз? 3. Какова причина поражения глаз и кожи? 4. Какова динамика экзантемы при данном заболевании? 5. Каков патогенез поражения легких при данном заболевании? 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 8. Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании? 9. Каких специалистов пригласите для консультации? 10. Какие осложнения возможны при данном заболевании? 11. Назначьте лечение. 12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге. 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
	78.	Девочка 2 месяцев. Родилась в срок. На грудном вскармливании. Психическое и физическое развитие соответствует возрасту. У отца ребенка в последние две недели отмечался кашель. Со слов мамы при нормальной температуре у ребенка появился кашель, который в последующие дни усиливался. Через неделю ребенок госпитализирован по тяжести состояния с диагнозом ОРВИ, пневмония? При поступлении: состояние средней тяжести. Бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей. В конце второй недели заболевания состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал приступообразным до 20-30 раз в сутки со рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой он синел и несколько раз отмечались судороги. Затем поднялась температура тела до 38,5°C, в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 160 ударов в мин. Ребенок стал вялый, временами беспокойный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Рентгенограмма грудной клетки:</i> легочные поля повышенной пневматизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 128 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,87, Лейк - $18,2 \times 10^9$/л; п/я — 5%, с/я — 19%, э — 5%, л — 61%, м -10%; СОЭ — 8 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите типичные симптомы, на основании которых поставлен диагноз? 3. Каков предполагаемый источник заболевания? 4. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 5. Каков патогенез развития кашля при данном заболевании? 6. Как оценить данные рентгенографического исследования легких? 7. Имеются ли осложнения болезни у ребенка? 8. Оцените результаты анализа периферической крови. 9. В каком отделении должен лечиться больной? 10. Перечислите особенности данного заболевания у детей раннего возраста. 11. Какого специалиста пригласите для консультации? 12. Назначьте лечение. 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если «да» — то какими препаратами?
	79.	Мальчик 1,5 лет, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной — 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста — упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягко эластической консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Живот вздут. Нечень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — 3,5 см. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ — 90 г/л, Эр — $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,78, Лейк — $6,7 \times 10^9/л$; с/я — 50%, л — 45%, м — 5%; СОЭ — 3 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие исследования подтвердят этиологию предполагаемого заболевания? 3. Каков механизм передачи инфекции? 4. Какие типичные симптомы свидетельствуют о данном заболевании? 5. Охарактеризуйте период болезни согласно классификации. 6. Оцените анализ периферической крови. 7. Имеется ли в клинической картине болезни мононуклеозоподобный синдром?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		8. Что является причиной упорной диареи? 9. Каких специалистов следует пригласить для консультации? 10. Как лечить больного? 11. Какие меры профилактики необходимы в семье? 12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
Детская хирургия		
ОПК-8	80.	Мальчик 14 лет В хирургический стационар доставлен мальчик 14 лет с <u>жалобами на</u> боль в животе, рвоту съеденной пищей. <u>Анамнез заболевания</u>: известно, что в течение недели беспокоили боли в эпигастральной области, отрыжка. За 2 часа до поступления в стационар появилась “кинжальная” боль в животе, рвота съеденной пищей. <u>Анамнез жизни</u>: ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен, прививки по возрасту. <u>Общий осмотр</u>: Состояние тяжелое. Выражение лица страдальческое, положение - вынужденное на левом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык сухой, обложен налетом. Живот не участвует в дыхании, при пальпации напряжен, резко болезненный, выражены симптомы раздражения брюшины. Пульс 120 в минуту, температура тела 37,5°. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3x10¹²/л; Л-8,8x10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-23мм/час. Анализ мочи общий: в норме <u>Обзорная рентгенография</u> брюшной полости в вертикальном положении - Наличие полосы воздуха под диафрагмой (симптом “серпа”). о I. Наиболее вероятный диагноз? 1) Острый гастрит; 3) Острый аппендицит; 4) Острый холецистит; 5) Почечная колика. 6) Перфорация желудка II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза. IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
	81.	Мальчик 6 дней жизни Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток. Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониаальный, со слизью, 2-3 раза скудными порциями. Теряет массу тела. К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастают явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым. При зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Масса тела ребёнка 2150 г, в анализах крови: pH 7,21, pCO₂ 38 мм рт.ст., BE 12, Hb 145 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 123 мЭкв/л, калий плазмы 3,8 мЭкв/л. I. Предварительный диагноз: II. Проведите дифференциальную диагностику III. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и проведения дифференциально-диагностического поиска? IV. Какие факторы способствуют развитию данного заболевания?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		V. Какова дальнейшая лечебная тактика и прогноз при данном заболевании?
	82.	Девочка 2 лет <u>Анамнез заболевания:</u> в детскую консультацию доставлен ребенок 2-х лет. Сутки назад родители обратили внимание на изменение поведения девочки: стала капризной, вялой, сон стал поверхностным, часто просыпается, спит на правом боку, поджав колени к животу, была однократная рвота, жидкий стул. <u>Общий осмотр:</u> состояние средней степени тяжести. Язык сухой, обложен налетом. При пальпации живота, ребенок ведет себя беспокойно, что выражается в плаче, активном напряжении мышц живота, отталкивании руки осматривающего. Выявить симптомы раздражения брюшины и напряжения мышц из-за негативного отношения ребенка к пальпации не удалось. Пульс 132 в минуту, температура тела 38,1⁰. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3х10¹²/л; Л-18х10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-21мм/час. Анализ мочи общий: в норме УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность. Желчный пузырь овальной формы, содержимое гомогенное. Желудок – содержимое гомогенное, стенки не утолщены. Поджелудочная железа - в норме. Между петель кишечника следы свободной жидкости. Червеобразный отросток – стенки утолщены, без видимой перистальтики. о I. Наиболее вероятный диагноз? II. Проведите дифференциальную диагностику III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза в условиях поликлиники? IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
	83.	Мальчик 14 лет В хирургический стационар доставлен мальчик 14 лет с жалобами на боль в животе, рвоту съеденной пищей. <u>Анамнез заболевания:</u> известно, что в течение недели беспокоили боли в эпигастриальной области, отрыжка. За 2 часа до поступления в стационар появилась “кинжальная” боль в животе, рвота съеденной пищей.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<u>Анамнез жизни:</u> ребенок от первой физиологически протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен, прививки по возрасту. <u>Общий осмотр:</u> Состояние тяжелое. Выражение лица страдальческое, положение - вынужденное на левом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык сухой, обложен налетом. Живот не участвует в дыхании, при пальпации напряжен, резко болезненный, выражены симптомы раздражения брюшины. Пульс 120 в минуту, температура тела 37,5°. Анализ крови общий: Нв-112г/л, Ц.П.-0,93; Эр.-4,3x10¹²/л; Л-8,8x10⁹/л; п/я-7%, с/я-41%; э-2%, л-36%, м-6%, СОЭ-23мм/час. Анализ мочи общий: в норме <u>Обзорная рентгенография</u> брюшной полости в вертикальном положении - Наличие полосы воздуха под диафрагмой (симптом “серпа”). о I. Наиболее вероятный диагноз? 1) Острый гастрит; 3) Острый аппендицит; 4) Острый холецистит; 5) Почечная колика. 6) Перфорация желудка II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя? III. Назначьте адекватное обследование для уточнения диагноза. IV. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика? V. Какое оперативное вмешательство целесообразнее провести при подтверждении диагноза? VI. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?
Инфекционные болезни у детей		
ОПК-8	84.	Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела до 40°С, сухой резкий кашель, жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Госпитализирована. При поступлении: состояние тяжелое, вялая, температура тела 39°С. На коже лица и шеи — петехии, склеры инъектированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД — 48 в минуту. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС — 146 ударов в 1 минуту. Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, стул нормальный, анус сомкнут. Менингеальных симптомов нет. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 120 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,89, Лейк — $7,0 \times 10^9/л$; п/я — 2%, с/я — 45%, л — 45%, м — 8%; СОЭ — 10 мм/час, Тромб — $302 \times 10^9/л$. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 3. Перечислите типичные симптомы, характерные для данного заболевания? 4. Какова причина сухого резкого кашля? 5. Каков патогенез абдоминального синдрома при данном заболевании? 6. Нуждается ли больная в консультации специалиста? 7. Какова причина появления петехиальной сыпи? 8. Проведите дифференциальный диагноз. 9. Оцените анализ периферической крови. 10. Назначьте лечение. 11. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
	85.	Девочке 1 год 2 месяца, заболела остро: температура тела 38°C. Влажный частый кашель, насморк. К вечеру мать заметила отечность век. На следующий день состояние резко ухудшилось — усилился насморк, повысилась температура тела до 39°C, появился цианоз носогубного треугольника, одышка.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	Участковый врач осмотрел ребенка и госпитализировал по тяжести состояния. Состояние тяжелое, выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Веки обоих глаз гиперемированы, отечны, конъюнктивы с выраженными фолликулами, отмечается помутнение роговицы правого глаза. Полиадения. В легких с обеих сторон выслушиваются сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Дыхание 36 в 1 минуту. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. При пальпации кишечника отмечается болезненность, урчание, разжиженный стул до 4 раз со слизью без патологических примесей. Печень пальпируется ниже реберной дуги на 2,5 см, селезенка — 1,5 см. Менингеальных симптомов нет. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 120 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}/л$, Лейк — $6,9 \times 10^9/л$; п/я — 6%, с/я — 47%, э — 2%, л — 35%, м — 10%; СОЭ — 15 мм/час. <i>На рентгенограмме органов грудной клетки:</i> усиление сосудистого рисунка. <i>Кал на кишечную группу</i> — отрицательный. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания? 3. Чем обусловлено поражение глаз? 4. Что является причиной помутнения роговицы? 5. Каков патогенез развития диареи у данного больного? 6. Как охарактеризовать патологические изменения в легких? 7. Какова причина полиадении?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		8. Проведите дифференциальный диагноз. 9. Специалистов какого профиля Вы пригласите на консультацию? 10. Какие осложнения возможны в течении болезни? 11. Назначьте лечение.
	86.	Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от завтрака. Осмотрен врачом: температура тела 37,3°C. На коже лица, туловища, конечностей — розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая гиперемия. Увеличены переднешейные лимфоузлы. Язык обложен белым налетом. С подозрением на скарлатину ребенок отправлен домой, назначено лечение. К третьему дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мать прекратила лечение, так как посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели — подъем температуры тела до 38°C, головная боль, бледность, слабость, моча с розоватым оттенком. Была повторная рвота. Ребенок госпитализирован. В стационаре: АД — 140/80 мм рт.ст. Состояние тяжелое. Мальчик вял, бледен, лицо одутловатое. Пастозность голеней, стоп. Сыпи нет. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на а. pulmonalis. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберного края, селезенка не увеличена. Стул нормальный. Диурез снижен. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $11,0 \times 10^9/л$; п/я — 7%, с/я — 60%, э — 6%, л — 22%, м — 5%; СОЭ — 32 мм/час.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность — 1020, белок -0,5‰, сахар — нет, эритроциты — 25-30 в п/з, местами скопления; цилиндры гиалиновые — 2-3 в п/з. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какова форма заболевания? 3. Объясните патогенез развития ангины и экзантемы. 4. Какие дополнительные симптомы можно выявить в начале заболевания? 5. В какой терапии и длительности ее курса нуждается ребенок с начала заболевания? 6. Оцените результаты анализа периферической крови, общего анализа мочи. 7. Какие дополнительные исследования необходимо провести в условиях стационара? 8. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза? 9. Каких специалистов Вы пригласите на консультацию? 10. Назначьте лечение. 11. Каков прогноз заболевания? 12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге
	87.	Девочка 9 месяцев с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до 38,80С, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу. При поступлении: температура 38,2°С, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД 60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки и эпигастрия. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС - 100-130 ударов в мин). Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое. Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок. На рентгенограмме грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень (ателектаз?). КОС: рН - 7,31; PCO₂ -41,1, PO₂-70,1, BE = -3,6. Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), РС (-), Адено (-) Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - 3,5x10¹²/л, Ц.п. 0,89, Лейк - 8,3x10⁹/л; л/я - 3%, с/я - 41%, э - 2%, л - 45%, м - 9%, СОЭ-10 мм/час. Задание 1.Поставьте клинический диагноз. 2.Объясните патогенез развившегося синдрома. 3.Возможная динамика процесса. 4.Какие дополнительные исследования необходимо провести? 5.Проведите дифференциальный диагноз? 6.Где следует лечить больную? 7.О каких осложнениях можно думать в данном случае? 8.Консультации каких специалистов необходима для уточнения диагноза и лечения? 9.Что выявляется реакцией иммунофлюоресценции? 10.Какие изменения со стороны ЛОР органов будут выявлены при осмотре больного? \ 11.Назначьте лечение. 12.Когда ребенок может быть выписан домой? 13.Необходимые рекомендации при выписке больной из стационара.
	88.	Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39⁰С, беспокойный, аппетит, снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		температура 38,3°C, веки отечны, конъюнктивита гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень +3,5 см. Селезенка +1,5 см. Стул оформленный. Клинический анализ крови: НЬ - 133 г/л, Эр - 4,3x10¹²/л, Ц.п. - 0,93, Лейк.- 7,9x10⁹/л; П/Я - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ - 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1031; белок - 0,3%0, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3в п/з; соли - ураты. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АлАТ 32 Ед/л, АсАТ-42 Ед/л. Реакция иммунофлюоресценции: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), Аденовир. (+) На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются. Задание 1.Поставьте клинический диагноз 2.Назовите инкубационный период заболевания. 3.Объясните патогенез данного заболевания. 4.Проведите дифференциальный диагноз. 5.Консультации каких специалистов потребуется для динамического наблюдения и назначения терапии? 6.Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз. 7.Дайте заключение по рентгенограмме. 8.Возможные осложнения. 9.Опишите изменения со стороны ЛОР органов, которые будут выявлены при осмотре специалистом. 10.Назначьте лечение. 11.Когда ребенок может быть выписан из стационара. 12.Профилактические мероприятия.
	89.	Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием кожных покровов. На фоне десенсибилизирующей терапии, применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		на 3-й день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39°C, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд. На коже появились везикулезные, высыпания, и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей - обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами с желтоватым содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца отчетливые. ЧСС - 160 ударов в мин. Слизистая оболочка полости рта и глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Клинический анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, Лейк 18,0 x 10⁹/л ; п/я -15%, с/я - 54%, э - 3%, л- 20%, М - 8%, СОЭ - 43 мм/час. Определение антител (ИФА) к антигенам: СМУ IgG 1/200, IgM отрицательно; ВПГ 1-11 IgG - отриц., IgM - положит. (1 :400). . Задание: 1. Поставьте клинический диагноз 2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию заболевания? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку? 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Каких специалистов необходимо пригласить на консультацию для определения тактики лечения? 6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 7. Объясните причину изменений в клиническом анализе крови 8. Состояние иммунитета при данном заболевании. 9. Какова вероятность рецидивов заболевания? 10. Как мог заразиться ребенок? 11. Назначьте этиотропное лечение: а) общее, б) местное. 12. Проведите противоэпидемические мероприятия.
	90.	Девочка 10 лет, заболела остро: температура тела 38,4°C, плохой аппетит, беспокойный сон, затруднение носового дыхания, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		На 6-й день болезни выявлены гепато- и спленомегалия. За 2 месяца до заболевания ребенок лечился в стационаре по поводу травмы, получала препараты крови. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38° С, бледная, аппетит снижен, лицо одутловатое, пастозное, увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы до 1 см, подвижные. Болезненность при пальпации околоушной области с обеих сторон. Носовое дыхание затруднено, но выделений нет. В легких жестковатое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В зеве – умеренная разлитая гиперемия, отечность миндалин, наложений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5-2,0 в/3, край эластичный, безболезненный. Селезенка + 1см, стул, диурез в норме. В неврологическом статусе без изменений. УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно увеличена, ЭХО - однородна; селезенка слабо увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь с перетяжкой в области тела: Реакция Гоффа-Бауэра - Отрицательна. Цепная полимеразная реакция: ДНК цитомегаловируса (+). Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр $3,9 \times 10^{12}/л$ Лейк. $10,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 40%, э - 2%, л - 73%, м - 13%, атипичные мононуклеары – 4%, СОЭ – 15 мм/час Биохимический анализ крови: общий билирубин -16 мкмоль/л, прямой - 9 мкмоль/л, АлАТ - 80 ммоль/л, АсАТ - 67 ммоль/л, протромбин - 85%, тимоловая проба - 12 ед. Серологические маркеры: - анти-CMV IgM (+), анти-CMV IgG(+); - анти-TOXO IgM (-), анти_TOXO IgG(+). Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Предполагаемый источник инфицирования. 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Оцените результаты лабораторных исследований, проведенных больному. 6. Оцените результаты УЗИ - исследования. 7. Перечислите возможные клинические варианты. 8. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями. 9. Консультации каких специалистов необходимы для уточнения диагноза? 10. Назначьте лечение по программе протокола. 11. Прогноз данного заболевания. .

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		12. Противоэпидемические мероприятия.
	91.	Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3° С. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет. Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга. В детском саду - несколько случаев ветряной оспы. Анализ мочи общий – без патологии. Общий анализ крови: Нв - 136 г/л, Эр $4,2 \times 10^{12}/л$ Лейк. $5.5 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я -25%, э - 3%, л - 65%, м -5%, СОЭ – 7 мм/час. Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз 30/3, из них нейтрофилов – 2%, лимфоцитов – 98%, белок – 0,165г/л, сахар – в норме, реакция Панди – слабо положительная (+). Задание 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпиданамнеза и анамнеза жизни? 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного? 6. Оцените результаты лабораторных исследований. 7. Какие лабораторные исследования назначите? 8. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз? 9. Назначьте медикаментозное лечение. 10. Противоэпидемические мероприятия. 11. Консультации каких специалистов необходима для динамичного контроля за состоянием ребенка? 12. Предполагаемый прогноз заболевания.
	92.	Ребенок в возрасте 3 месяца, поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, при том периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. Известно, что в семье у его бабушки в течение 3 недель отмечался кашель. На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки - обнаружена палочка <i>Haemophilus pertussis</i>. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%; СОЭ - 3 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Оцените тяжесть заболевания. 3. Назовите источник заражения. 4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз? 5. Объясните патогенез приступа кашля. 6. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ЛОР - врачом, невропатологом? 7. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания? 8. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией. 9. Назначьте лечение. 10. Проведите противоэпидемические мероприятия. 11. Возможные исходы заболевания. 12. Существует ли вакцинопрофилактика данного

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		заболевания? Если да, то, каким препаратом она проводится?
	93.	Девочка 5 лет, заболела остро: с подъема температуры тела до 38°C, кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до 39,5°C, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. Однако, на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирована. При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая оболочка полости рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток. На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легочного рисунка. Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз 30/3, лимфоциты – 88%, нейтрофилы-12%, белок-0,165 г/л, сахара- нет. Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр – 3,5х 10¹²/л, Лейк – 8,4 х 10⁹/л; П/я - 3%, с/я - 42%, л - 43%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз. 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез заболевания. 5. Укажите причину появления неврологических симптомов. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7.Специалистов каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного? 8.какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии. 9. Противоэпидемические мероприятия. 10. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	94.	Мальчик 5 лет, доставлен в травмпункт с рваной раной левой щеки. Проведена обработка раны. Наложены швы. Через сутки у ребенка поднялась температура до 38°C, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. На следующий день температура 39°C. Гиперемия и отечность тканей увеличилась, из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях - мелкоточечная, розового цвета сыпь, с пре-имущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык «сосочковый». Зев спокоен. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре переднешейные и околоушные лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное. ЧД до 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, Селезенка - на 1 см. Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Взят посев отделяемого из раны, обнаружен патогенный золотистый стафилококк. Общий анализ крови: НЬ - 130 ,г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $20,0 \times 10^9/л$; П/я - 10%, с/я - 60%, л - 27%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? 3. Характеристика возбудителя. 4. Перечислите заболевания, вызываемые данным микробом. Патогенез заболевания. 5. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз? 6. Какие специалисты должны проводить общее и местное лечение? 7. С какими инфекционными заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз? 8. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии? 9. Назначьте общее и местное лечение. 10. В каком отделении должен лечиться ребенок? 11. Противоэпидемические мероприятия.
	95.	Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела 38,5°C, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8-й день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		тяжелое, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 ударов в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин 11 степени без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. В доме есть кошка и собака. В сыворотке крови: - анти-CMV IgG (+), IgM (-); - анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); - анти-ТОХО IgG (-), анти-ТОХО IgM (+). Температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Клинический анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,6 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый; прозрачность - полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания. 3. Оцените результаты серологических исследований. 4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному? 5. Дайте характеристику возбудителя. 6. Предполагаемый источник инфекции. 7. Объясните патогенез гепато-лиенального синдрома. 8. Каких специалистов привлечь для консультации? 9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями. 10. Перечислите возможные исходы заболевания. 11. Назначьте этиотропное лечение. 12. Профилактические мероприятия.
	96.	Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до $38^{\circ}C$, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с нежной отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах - сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10 \times 10^9/л$; п/я - 8%, с/я - 13%, э - 1 %, л - 40%, м - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. Положительная реакция Гофф-Бауэра. Задание 1. Поставьте клинический диагноз согласно классификации. 2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? 3. Характеристика возбудителя. 4. Патогенез заболевания. 5. Объясните механизм реакции Гофф-Бауэра. 6. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному? 7. Оцените клинический анализ крови. 8. Какие изменения будут выявлены при осмотре оториноларингологом? 9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. 10. Назначьте лечение. 11. Возможные варианты течения заболевания. 12. Профилактические мероприятия.
	97.	Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп. При, осмотре:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень + 1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м8%; СОЭ - 30 мм/час. Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре? 3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию? 4. Дайте характеристику возбудителя. 5. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции. 6. Объясните патогенез токсического синдрома. 7. Причины появления_ геморрагической сыпи. 8. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз? 9. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? . 10. Возможный прогноз. 11. Противоэпидемические мероприятия в очаге. 12. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
	98.	Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, провел посев слизи из зева и носа на BL. Наложения на миндалины сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяце - АДС-М анатоксином. 1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При бактериологическом обследовании слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacterium diphth. mitis</i> Общий анализ крови: НЬ - 156 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. -1,0, Лейк. - $9,6 \times 10$ /л; п/я - 4%, с/я - 65%, б - 1%, л - 18%, м - 12%; СОЭ - 16 мм/час. Задание 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте характеристику возбудителя. 3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании? 4.Объясните патогенез заболевания. 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Подтверждает ли результат бактериологического исследования данный диагноз? 7. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? 8. Какими препаратами следует проводить вакцинацию? 9. Оцените правильно ли проведена иммунизация ребенка. 10. Назначьте лечение. 11. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
Педиатрия		
ОПК-9	99.	Ребенок А., мальчик. Мать – 22 года, здорова. Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 20 недель отмечена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки. Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		цвета. Вопросы: 1. Поставьте диагноз 2. Выделите основные пограничные состояния
	100.	Ребенок В., мальчик, родился в срок с массой тела 3250 г. Ребенок от первой беременности. Женщина встала на учет в женской консультации в восемь недель беременности. В первой половине отмечался легкий, непродолжительный токсикоз. В 20 недель беременности диагностирована анемия легкой степени – Нб 102 г/л. В 34-36 недель отмечались отеки на ногах. Общая прибавка в массе – 6 кг. Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Родостимуляция по схеме Штейна. Первый период 17 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Околоплодные воды (передние и задние светлые). Ребенок закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. Остаток пуповины отсечен на третьей сутки. Осмотрен на 5 сутки жизни. Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Пупочная ранка влажная. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах. Вопросы: 1. Поставьте диагноз 2. Выделите основные пограничные состояния
	101.	Ребенок Д., девочка, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		лечение. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после отсасывания содержимого из верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы суховаты, бледные с цианотичным оттенком, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 5 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миотонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые. Вопросы: 1. Поставьте диагноз 2. Выделите основной синдром 3. Определите степень незрелости
	102.	Доношенная девочка массой 3100г., ростом 52 см родилась от второй беременности, протекавшей с нефропатией II степени, с оценкой по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка удовлетворительное. Приложен к груди через 2 часа после рождения., с первого дня находится совместно с матерью. Сосет грудь активно, не срыгивает. Пуповинный остаток удален на 3 сутки. Вакцинация БЦЖ, взятие крови на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз проведены на 3 сутки жизни. Ребенок выписан из роддома в удовлетворительном состоянии на 5 сутки жизни. Кожные покровы с легким желтушным оттенком, с единичными элементами токсической эритемы на разгибательных поверхностях ручек. Отмечается нагрубание обеих молочных желез. Дыхание пуэрильное, ЧД 44 в мин. Сердцебиение ритмичное, отчетливое, ЧСС 136 в мин. Живот мягкий. Половые губы отечные, из половой щели скудное слизистое отделяемое. Стул желтого цвета, переваренный.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Общий анализ крови: эритроциты $4,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 148 г/л, ЦП 0.9, тромбоциты $297 \times 10^9/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 48%, лимфоциты 40%, моноциты 8%, эозинофилы 2% СОЭ 6 мм/ч. Вопросы: 1. Поставьте диагноз 2. Выделите основные пограничные состояния
	103.	Недоношенная девочка с массой тела 2000 г, ростом 44 см родилась при сроке беременности 34 недели. Роды в ягодичном предлежании. Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов, на 5-ой минуте - 6 баллов. Состояние ребенка при рождении оценено как тяжелое, крик монотонный, средней силы. Двигательная активность снижена. Гипертонус мышц сгибателей. Отмечалась ригидность затылочных мышц, горизонтальный нистагм, симптом Грефе. Кожные покровы чистые, акроцианоз. Дыхание в легких проводится по всем полям, ослаблено. СДР - 4 балла по Сильверману. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий. Меконий отошел. На 2-е сутки жизни состояние новорожденного ухудшилось. Появились тонико-клонические судороги, напряжение родничка. Ребенок стал давать приступы апноэ. Появилось диффузное уплотнение кожи и подкожной клетчатки преимущественно на икроножных мышцах, бедрах, лице и туловище. Кожа холодная на ощупь, бледноватая с желтушным оттенком. Лицо маскообразное. Проведено обследование новорожденного. ОАК на 1-е сутки жизни: эритроциты $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $19 \times 10^9/л$, ретикулоциты 8%, тромбоциты $300 \times 10^9/л$, миелоциты 4%, юные 2%, п/ядерные 12%, с/ядерные 48%, лимфоциты 19%, моноциты 3%, СОЭ 6 мм/ч. С диагностической и лечебной целью проведена спинно-мозговая пункция: в ликворе давление повышено, цвет розовый, сахар 0,3 г/л, белок 2,6 г/л, цитоз до 600 в 1 мм³ за

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		счет выщелоченных эритроцитов. Данные нейросонографии: расширение сильвиевых борозд, повышение общей эхогенности паренхимы мозга.
	104.	Новорожденная девочка, возраст 2 дня. Родилась от III беременности, I срочных родов. Первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 8-ой и 12-ой неделях. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии II степени. Дважды, в 6 и 18 недель мать перенесла ОРВИ. Матери 35 лет, отцу 43 года. Продолжительность родов 16 часов. Масса тела девочки при рождении - 2550 г., длина - 49 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте - 6 баллов, на 5 минуте - 8 баллов. Ребенок при осмотре на 1-е сутки жизни вялый, крик слабый, отмечается мышечная гипотония. Рефлексы орального автоматизма живые. Защитный рефлекс вялый, выявляется после длительной латентной фазы. Рефлекс ползания практически отсутствует. Рефлексы опоры и автоматической походки вялые. Кожа сухая, бледно-розовая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается деформация ушных раковин, высокое небо, прогнатизм, глазной гипертелоризм. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. При обследовании получены следующие результаты: ОАК: гемоглобин 220 г/л, эритроциты $6.5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 28%, моноциты 8%, тромбоциты $200 \times 10^9/л$, гематокрит 65%. Биохимический анализ крови: билирубин на 2 сутки жизни - 85 мкмоль/л, фракция непрямая. Бак.посевы с кожи подмышечной впадины, наружного слухового прохода отрицательные. Реакция Сейбина-Фельдмана отрицательная у матери и ребенка. Противогерпетические антитела методом иммуноферментного анализа в крови матери и ребенка не обнаружены. В моче цитомегалы не выявлены. IgM в пуповинной крови - 0.1 г/л, СРБ (-). Нейросонография -

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		ишемия головного мозга. В последующие дни состояние ребенка улучшилось. Стал активнее, рефлексы периода новорожденности живые. К груди приложен на 1-е сутки. Убыль массы составила 200г. С 6-го дня начал прибавлять в массе. Сохранялась слабая желтушность кожи. Выписан на 7 день жизни с массой тела 2500г в удовлетворительном состоянии. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Определите вариант ЗВУР.
	105.	Мальчик от 2-ой беременности, протекавшей на фоне анемии беременных, I родов. В анамнезе у матери 1 медицинский аборт. Роды произошли на 40-й неделе гестации, оценка по Апгар в конце 1-ой минуты – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов. Антропометрические данные при рождении: вес – 3250 г., рост – 50 см., окружность головы - 35 см., окружность груди 32 см. С первых суток находится в палате «Мать и дитя», кормится грудью в свободном режиме. Ко вторым суткам вес ребенка составил 3180 г, к третьим суткам – 3055 г., на четвертые сутки – 3090 г., на пятые сутки – 3130 г., на шестые сутки выписан домой с весом 3175 г. При первом патронаже на дому участковый педиатр отмечает удовлетворительное состояние новорожденного, розовый цвет кожных покровов с участками мелко-пластинчатого шелушения на животе и груди, симметричное увеличение молочных желез, пигментацию сосков и мошонки, множественные беловатые узелки на крыльях носа. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Выделите адаптационные состояния.
	106.	Девочка от 1 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза первой половины, во второй половине - угроза прерывания беременности в 20-22 недели, 28 недель, ОПГ -

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		гестоз средней степени тяжести. У мамы бронхиальная астма с 12 лет. Роды на 34 недели беременности. Тугое обвитие пуповиной шеи плода. Ягодичное предлежание. Ребенок рожден с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, весом 2100 г, длиной 42 см. С рождения состояние средней тяжести. Через 3 дня после рождения отмечается беспокойство, «мозговой» крик, повышение двигательной активности, гиперестезия. Рефлексы новорожденных оживлены. Мышечный тонус дистоничен. Симптом Грефе. Нечеткая ригидность затылочных мышц. Б. родничок пульсирует. t - 37,8 С. Кожа бледно-розовая. В легких дыхание пуэрильное. ЧД 50 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 154 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +1,5 см. В общем анализе крови - Эр.- 4,5x10¹²/л, Нб-160 г/л, Le-11,0x10⁹/л. При исследовании ликвора – обнаружены свежие и выщелоченные эритроциты, умеренное повышение белка. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Выделите признаки недоношенности
	107.	Ребенок рожден от 1-ой беременности, протекавшей с ОПГ-гестозом, ФПН, на фоне гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800 г., длиной - 34 см., с оценкой по Апгар 3/5 баллов. С рождения состояние очень тяжелое, клиника РДС, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК III ст. На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой, стали отмечаться подъемы t тела до 38,0, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов. Гемограмма Эр-2,1 x 10¹²/л, НВ- 95 г/л, Le- 18,6 x 10⁹/л, П-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		12, С-67, Л- 19, М-2 С диагностической целью проведена люмбальная пункция, ликор вытекал частыми каплями, ксанохромный, реакция Пандии ++, белок- 0,4 г/л, цитоз- 2350 клеток (нейтрофилы- 2125, лимфоциты- 125, макрофаги- 100), щелочные эритроциты -20-35-47 п/зрения Вопросы: 1. Определите степень гестации и массу тела при рождении. 2. Какие заболевания, кроме недоношенности, имеют место в данном случае?
	108.	Девочка поступила с педиатрического участка в возрасте 1 мес. с направительным диагнозом затянувшаяся конъюгационная желтуха. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1- ой нормально протекавшей беременности и родов, весом 4100 г., длиной-52 см. Закричала сразу, приложена к груди, желтуха появилась на 3-и сутки (максимальный уровень непрямого билирубина составлял 210 мкм/л), выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки жизни. При осмотре общее состояние не вполне удовлетворительное. На грудном вскармливании, дефицита веса нет. Преобладают негативные эмоции, нет четкого зрительного сосредоточения. <u>Отмечается низкий тембр голоса</u>, макроглоссия, пастозность, иктеричность кожных покровов. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадикардии. В общем анализе крови Эр - $2,9 \times 10^{12}/л$, НВ- 100 г/л, Le- $6,5 \times 10^9/л$, в биохимическом анализе уровень непрямого билирубина- 198 мкм/л, прямого- 12,6мк/л. НСГ - без патологии, ЭЭГ - данные БЭА не соответствуют возрасту ребенка, нарушены процессы миелинизации. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
	109.	Беременность 3, протекала с анемией, ОП - гестозом. В родах не тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		шкале Апгар 7/7 б. Ребёнок мужского пола с массой тела ребёнка 3200 г., длина 51 см. С рождения отмечался синдром дисадаптации в виде снижения физиологических рефлексов, лёгкого тремора конечностей. На НСГ патологии не выявлено. В родильном доме ребёнок пробыл 6 дней, затем был выписан на педиатрический участок с диагнозом «Риск гипоксического поражения ЦНС». Со слов матери, у ребёнка в возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка нечастое. Ребёнок осмотрен педиатром. Поставлен диагноз «пилороспазм». Ребёнок был направлен на госпитализацию в стационар новорождённых в возрасте 24 дней жизни. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожно-жировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормиться грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном». Общеклинические анализы в норме. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительное обследование, консультацию специалиста.
	110.	Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		е сутки поя-вилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызы-ваются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при на-давлении выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, проводится всюду, сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперева-ренными комочками, прожилками слизи. Моча кирпично-желтого цвета. Общий анализ крови: Нб - 186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - кирпично-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли – ураты. Биохимический анализ крови: общий белок - 54 г/л, билирубин: не-прямой - 61 мкмоль/л, прямой - нет, мочеви-на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Выделите пограничные состояния.
	111.	Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: НЬ - 186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты. Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: не прямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л. Вопросы: 1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
	112.	Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пузырьное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови матери A(II) Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная. Общий анализ крови: НЬ - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении? 3. Каков генез желтухи в данном случае?
	113.	Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с непереваarenными комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – $5,6 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. – 0,94, лейкоциты – $6,4 \cdot 10^9$/л, п/я – 3%, с – 44%, э – 1%, л – 45%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – 4-5 в п/з, цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты. Биохимический анализ крови: общий белок – 62,4 г/л, билирубин: непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л. Вопросы: 1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 2. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
	114.	Девочка М., от первой беременности. Женщина на учете в ж/к состояла с 12 недель гестации. Антенатальное развитие протекало на фоне: угроза прерывания – в 12, 20 недель гестации (стац. лечение), с 25 недель гестации – анемия 1 ст.,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		обострение хронического пиелонефрита, кольпит, с 32 недель гестации – сочетанный гестоз средней степени тяжести, ХФПН. Роды 1-е в 40 недель гестации. 1-й период – 6 часов, 2-й – 25 минут, безводный период – 1 час, воды светлые. Родилась девочка с однократным обвитием пуповины вокруг шеи, масса тела при рождении – 2500 г, длина – 48 см, О.Г.- 32 см, О.гр.- 31 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние средней степени тяжести, крик раздраженный, тремор конечностей, мышечный тонус снижен, врожденные рефлексы быстро угасают. Кожные покровы бледно-розового цвета, акроцианоз. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, тургор мягких тканей дряблый, кожа сухая. Дыхание пуэрильное, ЧД – 44 в 1 минуту. Тоны приглушены, ЧСС – 150 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень +1,5 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 169 г/л, эритроциты – $4,4 \cdot 10^{12}$ в 12/л, гематокрит – 0,53, лейкоциты – $10,9 \cdot 10^9$ в 9/л, э – 1%, п/я – 3%, с – 56%, л – 30%, м – 10%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 49 г/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, сахар крови – 1,7 ммоль/л. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2.. Провести оценку физического развития.
	115.	Мальчик 6 дней жизни Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2-3 раза скудными порциями. Теряет массу тела. К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастают явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым. При зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Масса тела ребёнка 2150 г, в анализах крови: pH 7,21, pCO₂ 38 мм рт.ст., BE 12, Hb 145 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 123 мЭкв/л, калий плазмы 3,8 мЭкв/л. I. Ваш Предварительный диагноз: II. Проведите дифференциальную диагностику III. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и проведения дифференциально-диагностического поиска? IV. Какие факторы способствуют развитию данного заболевания? V. Какова дальнейшая лечебная тактика и прогноз при данном заболевании?
	116.	Мальчик 17 суток жизни, от женщины 36 лет, соматически здоровой, носителя ВПГ-2, от 4 беременности (1 –срочные роды, девочка 3200 г, здорова, 2 -м/а, 3 –самопроизвольный выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей без осложнений (со слов матери, так как на учете в период беременности она не состояла). Роды на сроке 36 недель, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Плацента с участками кальцинатов. Масса тела при рождении 2120 г, рост 43,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. Желтуха с первых суток жизни. Печень + 3,0 из-под края реберной

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		дуги, селезенка +0,7 см из-под края реберной дуги. Однократно в 1 сутки жизни эпизод атипичных судорог, купировавшийся самостоятельно. В динамике отмечалось незначительная положительная динамика. Весовая кривая монотонная. На 2 сутки жизни появился подъем температуры до 37,9 °С, расхождение черепных швов до 0,3 мм. Усугубилась мышечная гипотония и гипорефлексия, появились срыгивания, симптом «Грефе». На 3 сутки жизни развился приступ генерализованных клонико-тонических судорог, появилась кровоточивость из мест инъекций. Анализ спинномозговой жидкости на 3 сутки жизни: слегка мутноватая, сахар 2,4 ммоль/л, белок 1,8 г/л, цитоз 300 (75% лимфоцитов). Вопросы к задаче : 1.Предположительный диагноз. А. Вирусный менингит В. Субарахноидальное кровоизлияние. С. Раннее органическое поражение ЦНС 2.Необходимый дополнительный метод исследования. А. Посев ликвора на стерильность В. Посев ликвора на стерильность и анализ ликвора методом ПЦР С. НСГ 3.Предполагаемая этиотропная терапия. А. Антибактериальная терапия в максимальных дозах В. Заместительная иммунокоррекция С. Ацикловир до получения результатов исследования ликвора и антибактериальная терапия
	117.	Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3 беременности (1 – мертворождение на сроке 26 недель, 2 –замершая беременность на сроке 11 недель), протекавшей с моноклеозоподобным заболеванием во 2 триместре. В 20 недель положительная ПЦР к вирусу ЦМВИ, АТ к нему не было, в 24 недели -низкоавидные IgGv титре 1:40. Роды на сроке 35 недель гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении 2030 г, рост 44,5 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения нервно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей экхимозы. С первых суток жизни

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		отмечалась гепатоспленомегалия, желтуха, петехиальная сыпь. На 3 сутки жизни у ребенка развился приступ фокальных судорог. В клиническом анализе крови: гемоглобин-160 г/л, эритроциты-$4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты-$18 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы-27%, палочкоядерные нейтрофилы-5%, лимфоциты-56%, эозинофилы-3%, моноциты -9%, тромбоциты -$120 \times 10^9/л$. СОЭ 4 мм/час. Вопросы к задаче: 1.Ваш предварительный диагноз? А. Генерализованная внутриутробная инфекция бактериальной этиологии. В. Врожденный инфекционный мононуклеоз. С. Генерализованная ЦМВ. 2.Какой дополнительный метод исследования необходимо провести в первую очередь? А. НСГ В. Спинномозговую пункцию с исследованием ликвора на TORCH-инфекции. С. Анализ крови методом ПЦР к вирусу Эпштейн-Бар 3.Назовите препарат выбора при данном заболевании у новорожденных? А. Ганцикловир В. Ацикловир С. Цефтриаксон
	118.	Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы. В клиническом анализе крови при рождении Hb160 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, с/я нейтрофилы 63%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 25%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Hb140 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, СОЭ 4 мм/час. КОС: рН -6,96, рО₂ - 25 мм рт. ст., рСО₂ -78 мм рт. ст. ВЕ --9, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе достигло 100%, сатурация 69, уровень лактата 3,2, глюкозы 2,3, ионизированного кальция 0,75. На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете –тромбы. Вопросы к задаче : - Предварительный диагноз. А. Геморрагическое поражение ЦНС, ВЖК 2-3 степени В. Вирусный менинго-энцефалит С. Токсико-метаболическое поражение ЦНС - Какое осложнение основного заболевания наиболее вероятно у данного ребенка? А. Окклюзионная гидроцефалия В. Инфекционно-токсический шок С. ДВС-синдром - Дополнительные методы обследования, которые Вы проведете в первую очередь. А. Компьютерная томография В. Коагулограмма С. Люмбальная пункция
	119.	Ребенок 1 суток жизни, от женщины 33 лет, страдающей ожирением, от 2 беременности (1 закончилась срочными родами, мальчик 4100 г), протекавшей с проявлениями гестационного сахарного диабета, по поводу которого мать получала инсулинотерапию, однако, диету она не соблюдала, инъекции делала не регулярно, уровень глюкозы не мониторировала, так как не считала себя больной. От 2

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		преждевременных самопроизвольных родов на сроке 36 недель гестации в головном предлежании. Гиперплазия плаценты. Масса тела при рождении 3800 г, рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние средней тяжести за счет синдрома угнетения ЦНС. Лицо лунообразное, короткая шея, кожа чистая, лануго. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Границы сердца расширены вправо на 0.5 см, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Через 1 час после рождения стал еще более вялым, развилась мышечная гипотония, клонические судороги. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: Нб 235 г/л, Эр $6,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $13,4 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы 61%, палочкоядерные нейтрофилы 3%, лимфоциты 28%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $190 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. В биохимическом анализе крови в 1 час жизни: общий белок 47 г/л, альбумин 29 г/л, СРБ 6 мг/л, креатинин 80 ммоль/л, мочевины 4,9 ммоль/л, глюкоза 0,7 ммоль/л, АСТ 16 Е/л, АЛТ 21 Е/л, билирубин общий 26 мкмоль/л, прямой 2,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 6,2 ммоль/л, кальций ионизированный 0,9 ммоль/л. Вопросы к задаче: - Сформулируйте основной клинический диагноз. А. Вирусный менинго-энцефалит В. Преходящее метаболическое поражение ЦНС. С. Субарахноидальное кровоизлияние. - С чем связано развитие данного состояния? А. Перенесенное вирусное заболевание неясной этиологии В. Перенесенной внутриутробной гипоксией С. Развитием диабетической эмбриопатии - Ваша терапевтическая тактика. А. Немедленное начало антибактериальной терапии В. Коррекция гипогликемии С. Коррекция гипокальциемии
	120.	Мальчик 4 дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, лечения не проводилось. Роды срочные с

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		длительными безводным промежутком 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкалы Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы –36 см, грудной клетки –36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, гипотония. На 2й день жизни отмечался подъем температуры до 39 °С, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0 °С, крик мозговой, положительный симптом Лессажа. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких ослабленное, хрипов нет. ЧСС –160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с неперевавленными комочками и прожилками слизи. Исследования спинномозговой жидкости: белок –2,5 г/л, реакция Панди +++, цитоз 1300 в 3 мкл: нейтрофилы –70%, лимфоциты –30%. Бактериологическое исследование материалы в работе. Вопросы к задаче : 1. Предварительный диагноз А. Ранний неонатальный бактериальный менингит В. Врожденный цитомегаловирусный менинго-энцефалит С. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 2. Ваши предложения по необходимости антибактериальной терапии и дозах антибактериальных препаратов А. Нет необходимости в назначении АБ препаратов. В. АБ терапия показана в средневозрастных дозировках С. АБ терапия показана в максимальных возрастных дозировках 3. Назовите необходимые дозы предложенных антибиотиков А. Цефтриаксон 75 мг/кг+Ванкомицин 20 мг/кг В. Цефтриаксон 50 мг/кг+амикацин 4 мг/кг С. Тиенам 40 мг/кг
	121.	Ребенок 3 суток жизни, от женщины 18 лет, страдающей хроническим тонзиллитом, от 1 беременности. За период беременности имели место повторные обострения хронического тонзиллита, протекавшие с подъемом температуры выше 38 °С. Последнее обострение с эпизодом

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		лихорадки за 7 дней до родов. Роды на 36 неделе, в головном предлежании. 1 период -10 часов, 2 –30 мин, безводный промежуток 15 часов. Воды мутные, с запахом, оболочки тусклые. Масса тела при рождении 2500г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС и дыхательной недостаточности. На осмотр реагирует вяло, стонущее дыхание. Безусловные рефлексы новорожденного угнетены. Выраженная мышечная гипотония. На первые сутки жизни отмечен однократный подъем температуры до 38,3 °С. На вторые сутки жизни появились срыгивания «кофейной гущей» и кровоточивость из мест инъекций. На 3 сутки отмечалась гипотермия до 35,5 °С. Кожные покровы субиктеричные, на сероватом фоне, акроцианоз, мраморность, пастозность мягких тканей лица, поясницы, голеней, мелкоочечные петехиальные кровоизлияния на коже живота. Частота дыхания до 60 ´, аускультативно –ослаблено, множественные крепитирующие хрипы по задней поверхности легких. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС до 180 ´. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 3,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка –на 1 см. Пупочная ранка под корочкой, края не гиперемированы, не отечны. Стул непереваренный со слизью. Правая подключичная вена катетеризирована, статус локалис без патологических изменений. Диурез 0,8 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни: гемоглобин 170 г/л, эритроциты 4,9 x 10¹²/л, лейкоциты 6,5x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 20%, эозинофилы 0%, моноциты 6%,тромбоциты 60x 10⁹/л, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: общий белок 39 г/л, альбумин 27 г/л, СРБ 90 мг/л, креатинин 140 ммоль/л, мочевины 9,8 ммоль/л, глюкоза 8,6 ммоль/л, АСТ 44 Е/л, АЛТ48 Е/л, билирубин общий 156 мкмоль/л, прямой 7,7 мкмоль/л, Na135 ммоль/л, К 7,2 ммоль/л, прокальцитонин 19 нг/мл. Рентгенограмма: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очагово-инфильтративные тени в нижних долях обоих легких. Вопросы к задаче: 1.Основной диагноз. А. Ранний неонатальный сепсис

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		В. Врожденная цитомегаловирусная инфекция С. Генерализованный кандидоз 2. Назовите форму текущего процесса А. Смешанная форма генерализованной ЦМВ инфекции В. Септицемия С. Системная воспалительная реакция 3. Рекомендуемые антибактериальные препараты, необходимые в данной ситуации. А. Цефтриаксон+Метрагил В. Цефтриаксон+Ванкомицин С. Цефтриаксон+меронем.
	122.	Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 12 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005×2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 221 г/л, Эр — $6,5 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $8,2 \times 10^9$/л, п/я — 6%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 30%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 98 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,0 ммоль/л, калий -6,0 м'моль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,05 ммоль/л. <i>Нейросонограмма:</i> немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — 6 мм). Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете? 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга? 6. Назначьте лечение. 7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер. 8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС? 9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть? 10. Какие осложнения возможны? 11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства? 12. Какие осложнения возможны со стороны глаз у

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		новорожденного, перенесшего гипоксию? 13. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?
	123.	Новорожденный мальчик 1-х суток жизни от женщины 31 года, с неосложненным соматическим анамнезом, от I беременности, протекавшей с тяжелым гестозом в III триместре, преждевременных родов на 34 неделе гестации в головном предлежании путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гестоза у женщины (рост АД и нарастания протеинурии). Масса тела при рождении 1970 г, рост 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей и дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы. В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС рН 7,25; p CO₂ 65 мм РТ.ст. pO₂ 35 мм РТ.ст; BE -3,0 ммоль/литр Вопросы к задаче: 1.Предварительный диагноз:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		А. РДСН В. Внутриторбная пневмония С. Транзиторное тахипноэ 2.Основной метод лечения данного состояния? А. Антибактериальная терапия В. Введение гидрокортизона С. Введение сурфактанта 3.Дозы и метод введения сурфактанта. А. 200 мг на 2 сутки жизни эндотрахеально В. Эндотрахеально 180-200 мг/кг сутки в первые часы жизни С. 180-200 мг/кг сутки к концу третьих суток жизни
Детская хирургия		
ОПК-11	124.	Больная М., 13 лет, обратилась к ортопеду с жалобами на отек, боль, нарушение функции левой голени. Анамнез заболевания: 3 месяца назад ударились областью левого голеностопного сустава о бордюр. Почувствовала боль в области нижней трети левой голени. Обратилась в ЦРБ по месту жительства. Проведена рентгенография левой голени. Выставлен диагноз: ушиб левой голени. Назначено консервативное лечение: ограничение физической нагрузки, эластичное бинтование, УВЧ. На фоне лечения боль практически исчезла, но через 1 месяц вновь усилилась, стала постоянной, не связанной с физической нагрузкой. Появилась хромота, отек нижней трети левой голени. Осмотрена повторно. Рентгенограмма не проводилась. Рекомендовано продолжить консервативное лечение. Эффекта от лечения больная не отмечает – боль сохранялась, девочка похудела на 2 кг. Через 2 месяца появились ночные боли, гиперемия кожных покровов, дважды отмечен подъем температуры до 37,3°. Больная направлена на консультацию к детскому ортопеду. Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Т - 36,9°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Локальный статус: ходит хромя на левую нижнюю конечность. При осмотре отмечается гипотрофия мышц левого бедра и голени, отек нижней трети левой голени. Кожные покровы левой голени чистые, в нижней трети голени усилен венозный рисунок. Фотографии прилагаются. При пальпации отмечается локальная гипертермия в нижней трети левой голени, умеренная болезненность в этом же месте. Симптом осевой нагрузки отрицательный. Относительная длина нижних конечностей $D=S$. Окружность бедер $D>S$ на 0,5 см, окружность голеней: в верхней трети $D>S$ на 1 см, в нижней трети $D<S$ на 2,5 см. Движения в левом коленном и голеностопном суставах ограничены из-за боли. Периферическое кровообращение, иннервация не нарушены. Данные лабораторных методов исследования: Анализ крови: Эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 100 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 210 тыс; Лейкоциты – $12 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 52%; Лимфоциты – 33%; Моноциты – 7%; СОЭ – 30 мм/ч. Щелочная фосфатаза – 900 нмоль / (С×Л). Общий белок – 59,0 г/л; Билирубин непрямой – 4 мкмоль/л, прямой – 0 мкмоль/л; Мочевина 4,8 ммоль/л; Креатинин - 52 мкмоль/л, Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л.; АЛТ - 20 ЕД; АСТ - 18 ЕД. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Рентгенограммы левой голени в 2-х проекциях прилагаются. 1. Опишите рентгенограмму.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Интерпретация анализов. 3. Поставьте диагноз. 4. Верна ли тактика хирургов по месту жительства. Что необходимо было сделать. 5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз. 6. Какие дополнительные методы исследования можно провести для верификации диагноза. 7. Какова тактика лечения данной патологии. 8. Какой вид оперативного лечения показан при данной патологии в случае подтверждения диагноза. 9. Прогноз. 10. Сроки диспансеризации.
	125.	На приме к детскому ортопеду обратились родители Васи Б., 3 мес, с жалобами на деформацию правой голени и стопы. Ребенок болен с рождения. До настоящего времени к врачам родители ребенка не обращались. При осмотре имеется глубокая циркулярная перетяжка в нижней трети правой голени. Правая стопа увеличена в объеме, отмечается усиление венозного рисунка стопы, ее цианотичная пастозность. При пальпации кожные покровы стопы холодные. Пульсация артерии тыла стопы слабая. Чувствительность пальцев сохранена. Фотография прилагается. Сформулируйте полный диагноз. 1. К заболеваниям какой группы относится данная патология. 2. Назовите этиологию данного заболевания. 3. Возможно ли в данном случае проведение консервативной терапии, если да, то в чем она заключается. 4. Определите показания к оперативному лечению в данном случае. 5. Какие методы оперативного лечения при данной патологии Вы знаете. 6. Показана ли иммобилизация после оперативного лечения, если показана, то на какое время. 7. Какие реабилитационные мероприятия показаны в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		послеоперационном периоде. 8. Возможные осложнения. 9. Должны ли дети с данной патологией находиться на диспансерном учете.
	126.	Больной К., 2 года, доставлен в приемный покой через 3 часа после получения травмы с жалобами на боль, наличие ожоговой поверхности на правом бедре, нарушение функции правой нижней конечности. Анамнез заболевания: около 3 часов назад ребенок опрокинул на себя кастрюлю с кипящей водой. Родители обратились в больницу по месту жительства. Выставлен диагноз: ожог правого бедра. Ребенок направлен в областную больницу в сопровождении родителей личным автотранспортом. Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Т - 36,9°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 102 в мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Локальный статус: на передней поверхности правого бедра имеется ожоговая поверхность размером 10 на 12 см. Поверхность гиперемирована, на ней отмечаются пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. После удаления пузырей открывается кровотокающая ожоговая поверхность. Фотография прилагается. Чувствительность ожоговой поверхности повышена, активные и пассивные движения голени сохранены. Физиологические отправления не нарушены. Данные лабораторных методов исследования: Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 125

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – 8×10^9/л; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 35%; Моноциты – 8%; СОЭ – 10 мм/ч; Общ белок: 60 г/л. Анализ мочи: Цвет – соломенно–желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1001; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Общий билирубин - 6 мкмоль/л: прямой - 0, непрямой - 6 мкмоль/л; АЛТ: 16 ЕД; АСТ: 15 ЕД. Креатинин: 51,3 мкмоль/л; Мочевина: 3,5ммоль/л. 1. Поставьте диагноз. 2. Интерпретация анализов. Какие дополнительные исследования показаны. 3. Классификация ожогов. 4. Как определить площадь ожога. Какие можно использовать схемы. 5. Правильно ли оказана ли первая помощь. Какие мероприятия следовало провести. 6. Что необходимо сделать данному пациенту при поступлении. 7. Какие методы лечения ожогов Вы знаете. 8. В какие сроки и какое показано хирургическое лечение. 9. Прогноз для жизни при данном заболевании. 10. Прогноз относительно функции конечности.
	127.	Больной К., 12 лет, обратился к ортопеду с жалобами на отморожение правой кисти и стоп. Анамнез заболевания: 15 дней назад мальчик заблудился в лесу и провел ночь в снегу. Найден на следующее утро родственниками. После обнаружения ребенка напоили горячим чаем, растерли кисти, стопы, и голени спиртом, затем поместили в теплую воду и постепенно повышали температуру до 40°. После отогревания конечностей родители отметили цианоз, а затем синюшность кистей и стоп болезненность. Из-за отсутствия транспорта доставлен в ЦРБ только к вечеру следующего дня. В ЦРБ при поступлении

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		выставлен диагноз: отморожение кистей и стоп. Находился в хирургическом отделении в течение 2 недель. Проводилась инфузионная терапия: глюкозо-солевые растворы, реополиглюкин. После консультации направлен в ЧОКБ для дальнейшего лечения. Объективные данные: общее состояние ближе к удовлетворительному. Т - 37,2°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Фотографии прилагаются. Чувствительность кожных покровов пальцев кистей, нижней тети голеней и стоп отсутствует, активные движения пальцев кистей, стоп резко ограничены. Данные лабораторных методов исследования: Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 125 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $12,9 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 7%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 30%; Моноциты – 10%; СОЭ – 3 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Общий билирубин - 9 мкмоль/л: прямой - 0, непрямой - 9 мкмоль/л; АЛТ: 20 ЕД; АСТ: 15 ЕД. Креатинин: 140 мкмоль/л; Мочевина: 4,4 ммоль/л. 1. Опишите локальный статус. Поставьте диагноз. 2. Интерпретация анализов. Какие дополнительные исследования показаны. 3. Классификация отморожений. 4. Как определить площадь отморожения. Какие можно использовать схемы. 5. Правильно ли оказана первая помощь. Какие мероприятия следовало провести. Как следовало согреть конечность.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		6. Какие мероприятия следовало проводить в больнице по месту жительства. Из чего складывается тактика лечения данной патологии. 7. Какие препараты, улучшающие кровообращение, показаны. 8. В какие сроки и какое показано хирургическое лечение. 9. Прогноз для жизни при данном заболевании. 10. Прогноз относительно функции конечностей.
	128.	Больной А., 1 год 6 месяцев, поступил в приемный покой областной клинической больницы через 10 суток от начала заболевания. Заболевание началось с многократного жидкого стула, повышения температуры тела до 38,5°C. Участковым педиатром были направлены в соматический стационар, где получал лечение по поводу энтероколита. Несмотря на проводимую терапию, улучшения состояния не наступило, сохранялись боли в животе, фебрильная температура. Переведен в хирургический стационар для дальнейшего обследования и лечения. Общее состояние ребенка тяжелое, беспокоен, плачет, негативно реагирует на осмотр. Объективно: кожные покровы бледные, температура 38,7° С. ЧД – 26 в минуту. ЧСС – 134 в минуту. При осмотре живота: равномерно вздут, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации болезненность в нижних отделах живота, больше справа, определяется образование плотной консистенции, неподвижное, резко болезненное, умеренное напряжение мышц живота, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Аускультативно: перистальтика ослаблена. При ректальном обследовании определяется плотно-эластичное образование передней стенки прямой кишки, болезненность и ригидность. Стул за прошедшие сутки один раз, оформлен, без патологических примесей. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в мезогастррии справа визуализируется округлой формы образование 66 x 55 мм, с неровными четкими контурами, пониженной эхогенности, неоднородной внутренней структуры, с жидкостным компонентом в центре размерами 21 x 19 мм, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Анализ крови: Эритроциты – $12 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 134 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Лейкоциты – $17,5 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 18%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 18%; Моноциты – 12%; СОЭ – 12 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1027; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 1–3 в поле зрения; Белок – 0,052 г/л. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Классификация данной нозологии. 4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза. 5. Определите дальнейшую тактику лечения больного. 6. Принципы оперативного лечения. 7. Послеоперационное лечение. 8. Возможные осложнения в и послеоперационном периоде. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	129.	Больная Л., 3 года 6 месяцев, поступила в отделение детской хирургии в экстренном порядке с жалобами на беспокойство, «стреляющие» боли в области заднего прохода, резко усиливающиеся при дефекации, ходьбе и положении сидя, подмывании, подъем температуры тела (38°C), прогрессивно ухудшающееся общее состояние, отказ от пищи, однократную рвоту, жидкий стул. Из анамнеза известно, что девочка страдает запорами. Общее состояние при поступлении средней тяжести. При осмотре промежности определяется отек и гиперемия кожи вокруг заднего прохода, флюктуация. Пальпация резко болезненная. При пальцевом обследовании через прямую кишку определяется крайняя болезненность переднебоковой стенки, инфильтрация и наличие флюктуации. Анализ крови: Эритроциты – $4,76 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин – 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 49%; Лимфоциты – 38%; Моноциты – 7%; СОЭ – 19 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		поле зрения; Белок – 0,033 г/л. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Классификация данной нозологии. 4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза. 5. Определите дальнейшую тактику лечения больного. 6. Принципы оперативного лечения. 7. Послеоперационное лечение. 8. Дифференциальная диагностика. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	130.	Больной К., 13 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, частые головные боли, кашель с мокротой во время физической нагрузки, периодические боли в грудной клетке. Из анамнеза известно, что ребенок часто страдает бронхитами. За последние два года состояние ребенка ухудшилось. Периодичность обострений хронического бронхита увеличилась до 3 – 4 в год. Кашель носит постоянный характер, усиливаясь при обострениях. Отделяемая мокрота гнойного характера. Температура держится на субфебрильных цифрах. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: грипп, корь, бронхит, острую пневмонию. Ребенок астеничен. Дефицит массы тела до 35%. Кожные покровы бледные, влажные. Начальные изменения ногтевых фаланг пальцев рук и ног по типу барабанных палочек. ЧСС – 84 удара в минуту. ЧД – 28 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Определяется участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков при вдохе. Перкуторно определяется уменьшение воздушности левого легкого. Аускультативно выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, больше в нижних и боковых отделах левого легкого. При исследовании дыхательной функции легких показатели общей и жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких, пневмотахометрии – снижены. Рентгенограмма прилагается.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите классификацию данного заболевания. 3. Этиология данного заболевания. 4. Диагностика заболевания. 5. Интерпретируйте рентгенограмму. 6. Тактика лечения. 7. Принципы консервативной терапии. 8. Перечислите основные методы хирургической коррекции данного заболевания. 9. Диспансеризация (цель, содержание, длительность). 10. Прогноз для жизни.
	131.	Больной Ж., 2 года, поступил в экстренном порядке в отделение детской хирургии с жалобами на беспокойство, усиливающееся при дефекации, наличие образования в области заднего прохода со слизисто-гнойным отделяемым, снижение аппетита, подъем температуры тела (37, 8°C). Общее состояние при поступлении средней тяжести. При осмотре промежности определяется отек и гиперемия кожи в области заднего прохода в проекции 5 часов. При пальцевом обследовании определяется инфильтрация вокруг наружного отверстия и плотный тяж, идущий в глубину тканей, при надавливании на него - гнойное отделяемое. Пальпация болезненная. Анализ крови: Эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 145 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $17 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 39%; Лимфоциты – 48%; Моноциты – 7%; СОЭ – 9 мм/ч. Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямо 34 мкмоль/л, прямо 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Классификация данной нозологии. 4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. Определите дальнейшую тактику лечения больного. 6. Принципы консервативного лечения. 7. Принципы оперативного лечения. 8. Послеоперационное лечение. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	132.	Мальчик В., 6,5 месяцев. Поступил в отделение детской хирургии с жалобами на одышку и кашель. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 26 лет, страдающей вегетососудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая. При сроке 14 недель перенесла острое респираторное заболевание. При УЗИ обнаружено многоводие. Роды на 35 неделе, самостоятельные. Масса тела при рождении 2350 г, длина тела – 42 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 29 см. Оценка по шкале Апгар 5 – 6 баллов. Болен с рождения, когда появились приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и одышкой. Заболевание протекает вяло, с периодами ремиссий. Проходил обследование и лечение по поводу хронических приобретенных воспалительных заболеваний легких. Поступил для исключения хирургической патологии. Кожные покровы бледно-розовые. Левая половина грудной клетки увеличена в объеме. Реберные промежутки расширены, сглажены. При перкуссии над левым легким выявляется коробочный оттенок перкуторного звука. Аускультативно – дыхание слева ослаблено. ЧД – 32 в минуту. При исследовании функции внешнего дыхания выявляются нарушения вентиляции, циркуляции и диффузии. Изменений со стороны других внутренних органов при клиническом обследовании не определяется. Рентгенограммы прилагаются. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез. 3. Какие дополнительные исследования нужно провести. 4. Интерпретируйте рентгенограмму. 5. Чем обусловлена клиника данного заболевания. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Тактика лечения.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		8. Перечислите основные методы хирургической коррекции данного заболевания. 9. Прогноз для жизни. 10. Осложнения.
	133.	Больной П., 7 лет, поступил в плановом порядке в отделение детской хирургии с жалобами на наличие точечного образования на передней поверхности шеи с отделяемым серозного характера. Из анамнеза известно, что у ребенка год назад на передней поверхности шеи появилось образование округлой формы, диаметром 1 см. В течение года размер его увеличился до 2,5 см. Из записи хирурга в амбулаторной карте ребенка известно, что образование без признаков воспаления, при глотании отчетливо определяется смещение с подъязычной костью кверху, расположено подкожно, безболезненно. Пальпаторно определяется отходящий от верхнего полюса кисты плотный тяж. Общее состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. При осмотре, по срединной поверхности шеи, определяется точечное образование с серозным отделяемым. При пальпации определяется плотный тяж, идущий по направлению к подъязычной кости. Общий анализ крови: Анализ крови: Эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 110г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 230 тыс; Лейкоциты – $9 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 43%; Лимфоциты – 47%; Моноциты – 3%; СОЭ – 8 мм/ч. Анализ мочи: Цвет - соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты 2–3 в поле зрения; Эритроциты 0 – 1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л. Фотография прилагается. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания. 3. Классификация данной нозологии. 4. С чем связано изменение клинической картины данного заболевания. 5. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза. 6. Дифференциальная диагностика. 7. Принципы оперативного лечения.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		8. Осложнения. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	134.	Больной С., 2 сутки, переведен в отделение детской хирургии из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности. Беременность протекала на фоне вирусной инфекции. Роды на 39 неделе, самостоятельные. Масса тела при рождении – 2700 г, рост – 48 см., окружность головы – 31 см, грудной клетки – 21 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Сразу после рождения у ребенка появилось большое количество пенистого отделяемого изо рта и носа. После отсасывания слизи последняя быстро накапливалась в большом количестве и имела слегка желтоватую окраску. К концу первых суток появилась аритмия дыхания, одышка, цианоз. ЧД – 53 в минуту. В легких: над всеми легочными полями прослушивается масса влажных хрипов разнокалиберных хрипов. ЧСС - 146 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Систолический шум на верхушке. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Отмечено отхождение мекония в небольшом количестве, вязкой консистенции, серого цвета. Живот вздут, больше в эпигастрии, не напряжен. Пальпация живота безболезненная. Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 x 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 x 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лимфоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Нт – 42/58. Биохимический анализ крови: Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – не прямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Рентгенограмма прилагается. Задание 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания. 3. Классификация данной нозологии. 4. С чем связано появление первого клинического симптома. 5. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза. 6. Предоперационная подготовка и тактика лечения. 7. Принципы оперативного лечения. 8. Тактика послеоперационного ведения больного. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	135.	Больная Н., 17 дней, поступила в клинику в начале вторых суток заболевания с жалобами на ухудшение общего состояния, отказ от груди, повышение температуры до фебрильных цифр. При поступлении состояние средней степени тяжести, беспокойна. Температура тела 38,20 С. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. В области левой молочной железы участок гиперемии, распространяющийся от центра к периферии, в центре его появляется флюктуация. Отмечаются уплотнение и отек мягких тканей. Язык обложен белым налетом, влажный. ЧД – 48 в минуту, ЧСС – 147 в минуту. Анализ крови: Эритроциты - $4,76 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 140 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $14,3 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 8%; Сегментоядерные – 39%; Лимфоциты – 40%; Моноциты – 11%; СОЭ – 28 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Фотография прилагается. Задание 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Причины развития этого заболевания у детей раннего возраста.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Классификация данной нозологии. 4. Методы определения площади поражения. 5. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология. 6. Тактика лечебных мероприятий. 7. Оперативное лечение. 8. Возможные осложнения. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	136.	Мальчик Д., 12 часов, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность первая, роды первые, на учете в женской консультации наблюдалась с 12 недель. Во время настоящей беременности при сроке 8 – 9 недель отмечалась мелкоточечная сыпь в течение 3 дней и боль в области шеи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, на 35 – 36 неделе, околоплодные воды мутные. Оценка по шкале Апгар 6 - 7 баллов. Масса тела при рождении 2050 гр, длина тела 41 см. Сразу же в родильном доме при первичном осмотре обнаружен дефект передней брюшной стенки справа от пуповины, размерами 4х2,5 см, через который были эвентрированы петли тонкого кишечника. Пупочный канатик не изменен. Петли тонкого кишечника сращены друг с другом, местами с участками темного цвета. Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 х 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 х 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лимфоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Нт – 42/58. Биохимический анализ крови: Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Фотография прилагается. Задание

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1. Ваш предварительный диагноз. 2. Этиология и патогенез. 3. С чем нужно дифференцировать данное заболевание. 4. Определите тактику лечения данного больного. 5. Особенности транспортировки в детское хирургическое отделение. 6. Предоперационная подготовка, ее длительность и особенность. 7. Какие виды оперативных вмешательств выполняются у детей с этой патологией. 8. Особенности лечебной тактики в послеоперационном периоде. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация: 1. Цель. 2. Содержание. 3. Длительность.
	137.	Больной Н., 1 мес. 10 дней, поступил в клинику в конце первых суток заболевания с жалобами на наличие образования в правой паховой области. Заболел остро: без видимых причин внезапно стал беспокойным, дважды возникала рвота. В правой области появилось опухолевидное образование. При поступлении состояние средней степени тяжести, беспокоен. Температура тела 37,9°. В правой паховой области определяется резко болезненное опухолевидное образование, напряженное, плотно-эластичной консистенции, невправляемое в брюшную полость. Оба яичка в мошонке; одинаковой формы и консистенции. Отек и гиперемия мошонки умеренные. Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 x 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 x 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лейкоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Задание 1. Предположительный диагноз. 2. Причины развития этого заболевания у детей раннего возраста.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Классификация данной нозологии. 4. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология. 5. Показания к консервативному лечению. 6. Особенности консервативного лечения у детей с данной патологией. 7. Особенности оперативного лечения у детей с данной патологией. 8. Послеоперационное лечение. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	138.	Больной М., 5 лет обратился в поликлинику с жалобами на болезненное образование в левой паховой области. Две недели назад родители мальчика обратили внимание на опухоль в левой паховой области, которая периодически исчезла в спокойном состоянии, но появилась вновь во время кашля или при натуживании. В течение последних двух дней образование постоянно определялось в паховой области и появилась боль во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное. В левой паховой области определяется безболезненное выпячивание овальной формы, опускающееся в мошонку, вызывая растяжение одной половины и приводя к ее асимметрии. Консистенция образования эластическая. В горизонтальном положении легко удастся вправить содержимое в брюшную полость. При этом отчетливо слышно характерное урчание. Одновременно с этим выявляется положительный симптом "толчка" при кашле ребенка. Общий анализ крови: Эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 130 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $6,6 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 2%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 4%; СОЭ – 4 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Фотография прилагается.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание 1. Предварительный диагноз. 2. Этиология, патогенез. 3. Классификация данной нозологии. 4. Опишите клиническую картину данного заболевания у девочек. 5. Какой метод физикального обследования является абсолютным для постановки диагноза. 6. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология. 7. Лечение. 8. Осложнения. 9. Прогноз. 10. Требуется ли диспансерное наблюдение.
	139.	Мальчик А., 8 лет поступил в детское хирургическое отделение через 5 суток. Из анамнеза известно, что во время игры аспирировал мебельный гвоздь. За медицинской помощью обратились через 5 суток, когда стала повышаться температура до 38° градусов, появился кашель, одышка. При поступлении состояние тяжелое, Тяжесть состояния обусловлена респираторным синдромом. Температура 37,8°. Кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз носогубного треугольника, пероральный цианоз. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Число дыханий в минуту - 42. При осмотре грудная клетка асимметрична, ее левая половина отстает в акте дыхания, западая. Верхушечный толчок смещен на 2 см влево от среднеключичной линии. Пальпаторно межреберные промежутки сужена. Аускультативно - дыхание слева не проводится. Общий анализ крови: Эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 180 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $15,6 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 54 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Рентгенограмма прилагается. Задание: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза. Возможные результаты. 3. Проведение каких мероприятий Вы сочли бы первичными и неотложными у данного ребенка. 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Какова тактика лечения данного больного. 6. Какие могут быть осложнения основного заболевания. 7. Назначьте лечение. 8. Чем обусловлен выбор антибактериальных препаратов при лечении данного осложнения. 9. Прогноз. 10. Составить план диспансерного наблюдения.
	140.	Мальчик Д., 12 часов, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность первая, роды первые, на учете в женской консультации наблюдалась с 12 недель. Во время настоящей беременности при сроке 8 – 9 недель отмечалась мелкоточечная сыпь в течение 3 дней и боль в области шеи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, на 35 – 36 неделе, околоплодные воды мутные. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела при рождении 2050 г, длина тела 41 см. Сразу же в родильном доме при первичном осмотре обнаружен не покрытое кожей опухолевидное выпячивание, исходящее из основания пупочного канатика, размерами 15х10 см. Образование покрыто растянутыми амниотическими оболочками, через которые просвечивают петли тонкого кишечника и печень. Признаков воспаления нет.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Фотография прилагается. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Классификация данной нозологии. 3. Первая помощь в родильном доме. 4. Показано ли оперативное вмешательство в экстренном порядке в данном случае. 5. Какие виды оперативных вмешательств выполняются у детей с этой патологией. 6. Определите тактику лечения данного больного. 7. Особенности лечебной тактики в послеоперационном периоде. 8. Возможные осложнения. 9. Прогноз. 10. Длительность диспансерного наблюдения. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок.
	141.	Девочка И., 6 лет поступила в экстренном порядке с жалобами на одышку при незначительной физической

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		нагрузке, слабость, кашель, субфебрильную температуру. Указанные жалобы появились 3 дня назад, нарастали. Также известно, что в течение последних 2 недель у ребенка имелся сухой, надсадный кашель. При поступлении: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, цианоз носогубного треугольника. При пальпации передней поверхности шеи и области яремной вырезки положителен симптом «хруст снега», определяется «отечность» мягких тканей шеи. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, жесткое, выслушиваются разнокалиберные хрипы. ЧД - 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 110 в мин. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Анализ крови: Эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 115 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 6%; Сегментоядерные – 70%; Лимфоциты – 19%; Моноциты – 4%; СОЭ – 9 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Рентгенограммы грудной клетки прилагаются. 1. Поставьте диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Опишите рентгенологическую картину данного заболевания. 3. Этиология данного заболевания. 4. Классификация осложнений деструктивных пневмоний. 5. Типичная клиническая картина. 6. Осложнения данного заболевания. 7. Проведите дифференциальную диагностику. 8. Способы лечения. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	142.	Мальчик А., 1,5 месяца поступил через 2 недели от начала заболевания с жалобами на обильную рвоту «фонтаном» с кислым запахом, потерю массы тела, редкие мочеиспускания. Заболел остро, когда среди полного здоровья появилась обильная рвота створоженным молоком, превышающая объем кормления и возникающая после кормления. Указанные симптомы носили постоянный характер, нарастали. Три дня назад ребенок стал вялым, мочеиспускания стали редкими, малыми порциями. Стула не было в течение 3-х дней.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Из анамнеза жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 2-й половины, 1 самостоятельных родов; масса при рождении 3300 г, рост 52 см, оценка по Апгар 7 - 8 баллов. Находится на естественном вскармливании. При осмотре ребенок слабо реагирует на окружающее, выражение лица страдальческое, масса тела 3500 г. Кожа бледная, слизистые оболочки яркие и сухие. Родничок западает. Подкожно-жировой слой резко истончен. ЧСС – 132 в мин. ЧД – 34 в мин. Обращает на себя внимание вздутие надчревной области, уменьшающееся после рвоты, которая возникла при попытке покормить ребенка. При поглаживании по брюшной стенке возникают волны перистальтики желудка. При пальпации – живот мягкий, безболезненный, по правой парамедианной линии на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины определяется подвижное, безболезненное образование эластической консистенции в виде «оливы». Per rectum: ампула прямой кишки пустая, сфинктер тоничен. Анализ крови: Эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 133 г/л; Цветной показатель – 1,0; Гематокрит – 0,42/0,58; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $10,5 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 14%; Сегментоядерные – 60%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 5%; СОЭ – 12 мм/ч. Биохимический анализ крови: Общий белок – 43 г/л; Сахар крови – 3,8 ммоль/л; Мочевина – 4,3 ммоль/л; Калий – 3,1 ммоль/л; Натрий – 132 ммоль/л; Хлор – 90 ммоль/л. pH – 7,47; BB – 62,8; SB – 44,2; AB – 40,5; BE - +4,4; pCO₂- 32,8. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1018; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Рентгенограмма прилагается. 1. Поставьте диагноз. 2. Какие изменения лабораторных показателей крови и мочи возникают при данной патологии. 3. Дополнительные методы диагностики. 4. Этиология и патогенез данного заболевания. 5. Проведите дифференциальную диагностику. 6. Что включает в себя предоперационная подготовка. 7. Способы оперативного лечения. 8. Интраоперационные осложнения – способы диагностики и коррекции. 9. Ведение больного в послеоперационном периоде. 10. Прогноз, диспансеризация.
	143.	Мальчик Т., 1 год поступил в плановом порядке с жалобами на опухолевидное образование в правой подмышечной области по направлению из ЦРБ. Из анамнеза известно, что образование в правой подмышечной области впервые

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	заметили в периоде новорожденности (было небольших размеров). К врачам не обращались. Образование увеличивалось с ростом ребенка, не беспокоило. В последние 2 месяца отмечался быстрый рост образования, что и послужило поводом обращения к врачу. Анамнез жизни без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, область их пальпации безболезненна. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД- 23 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС- 104 в мин. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены. Локальный статус: в правой подмышечной области по задне-подмышечной линии определяется образование 7×5 см, на 2 см выступает над поверхностью кожи, мягко-эластической консистенции, слабо подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над образованием не изменена. Анализ крови: Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 106 г/л; Цветной показатель – 1,0; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 360 тыс; Лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 0%; Палочкоядерные – 1%; Сегментоядерные – 18%; Лимфоциты – 76%; Моноциты – 5%; СОЭ – 4 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1007; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Общий билирубин - 10 мкмоль/л: прямой - 0, непрямой - 10 мкмоль/л; Белок -67 г/л; Глюкоза – 4,0. Фотографии прилагаются. 1. Поставьте диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Этиология данного заболевания. 3. Классификация. 4. Клиническое течение. 5. Методы диагностики. 6. Возможные осложнения данного заболевания. 7. Дифференциальная диагностика данной нозологии. 8. Сроки и методы оперативного лечения. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	144.	Мальчик С., 3 года обратился с жалобами родителей на наличие в животе опухолевидного образования, которое обнаружили во время купания ребенка 5 дней назад, снижение аппетита, вялость, умеренные периодические ноющие боли в животе в течение 1 месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Живот правильной формы, не вздут, несколько асимметричен за счет выбухания в левых отделах, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. В левой фланковой области пальпируется опухолевидное образование 7×5см, слабоподвижное, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. На обзорной рентгенографии брюшной полости определяется гомогенная тень в левой фланковой области, смещающая петли кишечника вправо. На экскреторной урографии определяется увеличение размеров левой почки, нечеткость ее контуров, «ампутация» чашечек, правая почка не изменена. На УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства забрюшинно определяется образование, связанное с левой почкой и вызывающее ее деформацию, размером 8×6 см, петли кишечника смещены вправо. Анализ крови: Эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 102 г/л; Цветной показатель – 0,9; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 220 тыс; Лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 36%; Лимфоциты – 55%; Моноциты – 4%; СОЭ – 28 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. Проведена МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследование необходимо провести. 3. Этиология, эпидемиология. 4. Течение данного заболевания, осложнения. 5. Что позволяет на 100% верифицировать диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		6. Консервативное лечение, предоперационная подготовка. 7. Принципы оперативного лечения. 8. Ведение больного в послеоперационном периоде. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	145.	Больная А., 2 месяцев поступила в экстренном порядке через 3 суток от начала заболевания с жалобами родителей на вялость ребенка, снижение аппетита, выраженное беспокойство при каждом пеленании ребенка, вынужденное положение левой нижней конечности, повышение температуры до 38,2 ° С. Заболевание началось остро, 3 дня назад, с повышения температуры до субфебрильных цифр, беспокойства при пеленании. На второй день заболевания ребенок реагировал громким криком на каждое пеленание, активные движения в левой нижней конечности отсутствовали. В день поступления вялость ребенка нарастала, появился отек мягких тканей в верхней трети левого бедра, при попытке дотронуться до левого бедра ребенок реагирует криком. Самостоятельно обратились в больницу. При поступлении: общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. На коже передней брюшной стенки в области пупка отмечается мацерация, серозная корочка. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, хрипов нет. ЧД - 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 114 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены. Левая нижняя конечность находится в вынужденном положении: слегка согнута в тазобедренном суставе, ротирована кнаружи и отведена. Отмечается отечность мягких тканей в верхней трети левого бедра, там же – местная гипертермия и гиперемия. На пальпацию левого бедра в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		верхней трети, а также на пассивные движения в левом тазобедренном суставе ребенок реагирует громким криком. Отмечается болевая контрактура в левом тазобедренном суставе. Периферическое кровообращение и иннервация не нарушены. Анализ крови: Эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 116 г/л; Цветной показатель – 0,9; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 320 тыс; Лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 4%; Палочкоядерные – 8%; Сегментоядерные – 22%; Лимфоциты – 56%; Моноциты – 10%; СОЭ – 14 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет. На R-грамме тазобедренных суставов определяется умеренное увеличение суставной щели левого тазобедренного сустава. При пункции левого тазобедренного сустава получен гной. 1. Поставьте диагноз. 2. Этиология данного заболевания. 3. Классификация, типичные клинические проявления характерные для каждой формы заболевания. 4. Опишите типичную рентгенологическую картину

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		заболевания. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Способы лечения. 7. Правила иммобилизации. 8. Ранние осложнения данного заболевания. 9. Поздние осложнения. 10. Прогноз, диспансеризация.
	146.	Девочка С., 10 лет прооперирована в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного аппендицита (типичное расположение отростка) в районной больнице. Ближайший послеоперационный период гладкий. На 4-е сутки после операции у девочки появился жидкий стул без патологических примесей (4 раза за сутки). Девочка жалуется на слабые ноющие боли над лоном, боли при дефекации, повышение температуры до 37,6°C. Ребенок осмотрен врачом хирургического отделения ЦРБ, выявлена умеренная болезненность над лоном при пальпации, перитонеальных симптомов не было. При ректальном исследовании на высоте пальца определялось болезненное образование до 3 см в диаметре на передней стенке прямой кишки, плотно-эластической консистенции, размягчения не было. Больной был назначен ампициллин в возрастной дозировке, инфузии гемодеза и глюкозы. В дальнейшем девочка отмечает усиление болей над лоном, слабость, снижение аппетита, частые болезненные дефекации малыми порциями, повышение температуры до 38,2°C. Больная направлена в специализированное детское хирургическое отделение на 6-е сутки после операции санитарным транспортом в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		сопровождении фельдшера. При поступлении: общее состояние ребенка средней тяжести, в сознании, вялая. Температура – 38,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=110 ударов в минуту. Живот правильной формы, не вздут. В правой подвздошной области определяется линейный послеоперационный шов длиной 6 см. Швы состоятельны, без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный над лоном, там же слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Мышечный дефанс отсутствует. При ректальном исследовании на передней стенке прямой кишки определяется болезненное образование до 4 см в диаметре, плотной консистенции, в центре – очаг размягчения, ампула прямой кишки пустая. Стула нет, мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 118 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $14 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 10%; Сегментоядерные – 62%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 7%; СОЭ – 16 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 1–2 в поле зрения; Солей нет. 1. Поставьте диагноз. 2. Что явилось причиной развития данного заболевания. 3. Приведите классификацию послеоперационных осложнений после аппендэктомии. 4. Типичная клиническая картина данного заболевания. 5. Диагностика. 6. Дифференциальная диагностика. 7. Способы лечения. 8. Профилактика развития данного заболевания.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	147.	Мальчик С., 2 лет обратился с жалобами родителей на наличие опухолевидного образования в брюшной полости слева, которое обнаружили 3 дня назад во время купания. Дополнительно удалось выяснить, что у ребенка в течение последних 6 месяцев отмечаются беспричинные приступы беспокойства, учащенное мочеиспускание. Ребенок вялый, отстает в физическом развитии. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит понижено, распределен по телу равномерно. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, хрипов нет. ЧД=28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=110 ударов в минуту. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, в левой фланковой области определяется образование эластической консистенции, слабоболезненное, подвижное, размерами 5×3 см. Перитонеальных симптомов нет. Стул и диурез не нарушены. Анализ крови: Эритроциты - $4,76 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 8 мм/ч. В общем анализе мочи: Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 8–10 в поле зрения; Эритроциты – 14–16 в поле зрения; Солей нет; Белок – 0,033 г/л. УЗИ и экскреторная урография: 1. Поставьте диагноз. 2. Этиология данного заболевания. 3. Классификация. 4. Типичная клиническая картина.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. Методы диагностики, опишите рентгенограмму. 6. Дифференциальная диагностика. 7. Возможные осложнения. 8. Лечение. 9. Прогноз. 10. Диспансеризация.
	148.	Мальчик А., 3 лет, поступил в плановом порядке с жалобами на отсутствие самостоятельного стула, метеоризм. Болен с 5 месяцев, когда после введения прикорма у ребенка появилась периодическая задержка стула, сопровождающаяся вздутием живота и рвотой. После очистительной клизмы или введения газоотводной трубки появлялся самостоятельный стул. Наблюдался у педиатра и гастроэнтеролога с диагнозом: дисбактериоз. Проводимое лечение не приводило к улучшению. С возрастом у ребенка усилилось вздутие живота, очистительные клизмы не имели успеха, газы отходили плохо. Периодически возникает обильная рвота, становится видимой перистальтика кишок, нарастали симптомы интоксикации и обезвоживания. Общее состояние при поступлении тяжелое. Физическое развитие ребенка отстает от нормы. Аппетит снижен. Гипотрофичен. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно-влажные. Живот увеличен в размерах, симметричен, при пальпации мягкий, безболезненный. Аускультативно выслушиваются звонкие перистальтические шумы. Пальцевое исследование прямой кишки: ампула пустая, тонус сфинктера повышен. В общем анализе крови – анемия средней степени. Фотография, рентгенограмма и сонограмма прилагаются. 1. Предварительный диагноз. 2. Этиология данного заболевания. 3. Проведите интерпретацию рентгенограммы. 4. Классификация данной нозологии.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику. 6. Определите тактику лечения данного больного. 7. Консервативное лечение. 8. Сроки и методы хирургического лечения. 9. Лечение больного в послеоперационном периоде. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
	149.	Больная Л., 1,5 года, поступила в клинику через 11 часов от начала заболевания. Из анамнеза известно: заболела остро, резкое беспокойство, плачет, поджимает ноги к животу. Приступы беспокойства сопровождались светлыми промежутками. Дважды была рвота съеденной пищей. Стул однократно кашицеобразный, без патологических примесей. При поступлении ребенка в клинику общее состояние средней тяжести, вялая, адинамичная, ЧСС – 120 в минуту. ЧД – 31 в минуту. Кожные покровы бледные, умеренно-влажные. Живот асимметричен за счет западения в правой подвздошной области, не вздут, доступен пальпации, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. В правом подреберье определяется подвижное умеренно болезненное образование до 8 см в длину и 4 см диаметре. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологических образований не обнаружено, ампула пустая, на перчатке слизь с примесью темной крови. Анализ крови: Эритроциты - $4,76 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 8 мм/ч. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Сканограмма прилагается: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза. 3. Причины и патогенез развития заболевания. 4. Классификация данной нозологии. 5. Интерпретируйте рентгенограмму. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Противопоказания к консервативному лечению. 8. Способы консервативного лечения. 9. Показания и тактика оперативного лечения. 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
Педиатрия		
ПК-2	150.	Мать с ребенком в возрасте 1 месяца приехала из сельской местности в Москву, к родственникам, которые вызвали педиатра, поскольку уверены, что ребенок болен. <u>Анамнез жизни:</u> ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре; на 24-26 нед гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 38-й нед гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. Выписан из родильно-го отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находит-ся на грудном вскармливании, сосет вяло, почти все время спит. Матери 17 лет, считает себя здоровой; брак не зарегистрирован, ребенка воспитывает одна. <u>При осмотре:</u> состояние ребенка тяжелое. Вялый, на осмотр реагирует слабым криком. Масса тела 3550 г; при контрольном кормлении высосал около 70 мл молока. Кожа

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		бледно-розовая, сухая, чистая. Ребенок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 104 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под реберного края. Селезенка на 1 см ниже реберного края. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте план обследования для уточнения диагноза. 3. Тактика педиатра в данном случае и её обоснование. 4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок? 5. Оцените группу здоровья новорожденного.
	151.	Девочка-подросток 13 лет, предъявляет жалобы на сердцебиение, периодически кратковременные боли в области сердца, головокружения, головные боли, по поводу которых направлена для обследования в консультативно-диагностический центр (КДЦ). Анамнез заболевания: подобные жалобы наблюдаются в течение последних 6 месяцев. Девочка занимается легкой атлетикой и плаванием. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей благоприятно. Ро-ды в срок. Масса тела при рождении 3600 г, длина 52 см. Вакцинопрофилактика по графику. Острые респираторные заболевания не более 1-2 раза в год. Мать ребенка страдает гипертонической болезнью. Отец практически здоров. При осмотре: девочка правильного телосложения. Рост 160 см, вес 46 кг. АД 125/70 мм рт.ст. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. ЧД 18 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. ЧСС 78 уд/мин. При выслушивании сердца на верхушке

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		выявляются систолический "щел-чок" и поздний систолический шум в IV межреберье слева, их интенсивность нарастает в вертикальном положении. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены. Menses с 11,5 лет, часто по типу меноррагий или полименореи. Данные амбулаторного обследования в КДЦ: 1. Анализ крови: Нв 111 г/л, эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,94; тромб. $200 \times 10^9/л$, лейкоц. $6,2 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 60%, лимф. 30%, мон. 4%, эоз. 2%. СОЭ 6 мм/ч. 2. ЭКГ: снижение амплитуды зубца Т в III стандартном и левых грудных отведениях. Комплекс QRS не изменен. Ритм синусовый. ЧСС 80 уд/мин. 3. ФКГ: определяется "щелчок" в середине систолы. 4. Рентгенограмма сердца в прямой проекции: сердце нормальных размеров, отмечается некоторое выбухание дуги легочной артерии. 5. Эхо-КГ: прогибание задней створки митрального клапана в полость левого предсердия во время систолы, без явлений регургитации. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? 3. С чем связано снижение амплитуды зубца Т на ЭКГ? 4. Определите характер и группу диспансерного наблюдения. 5. Назовите показания к применению гипотензивных препаратов у детей и подростков Показаны ли гипотензивные средства в данном случае? 6. Тактика ведения и план реабилитационных мероприятий.
	152.	Ребенок 13 лет, наблюдается аллергологом в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) по поводу бронхиальной астмы, проводится плановое обследование в соответствии с планом наблюдения (ф30у). <u>Анамнез заболевания:</u> с 2х-летнего возраста отмечались частые эпизоды бронхообструкции. В 5 лет выставлен диагноз: Бронхиальная астма. Тогда же назначена базисная

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	терапия (интал, тайлед) – курсами по 3 месяца. С 10 лет в связи с учащением обострений и ежедневной потребностью в бронхолитиках, назначен фликсотид в дозе 250 мкг/сут. С 12 лет доза бронхолитического препарата (серетид) увеличена до 500 мкг/сут, однако на этом фоне отмечались ежедневные приступы затрудненного дыхания, что явилось показанием к увеличению дозы серетида до 1000 мкг/сут, которую ребенок получает до настоящего времени. На фоне постоянной базисной терапии приступы затрудненного дыхания возникают в апреле-июле (цветение деревьев), а также на фоне ОРВИ и при физической нагрузке. Приступы нетяжелые, купируются однократной ингаляцией вентолина. Последнее обострение 2 месяца назад – в мае на фоне цветения. Ночные приступы затрудненного дыхания отсутствуют. Круглогодичное течение аллергического ринита, с сезонными обострениями, постоянная заложенность носа, чихание. <u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное. Кожа сухая, лихеноидные элементы в локтевых сгибах, там же – экскориации. Носовое дыхание умеренно затруднено. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. <u>Данные амбулаторного обследования в КДЦ:</u> 1. Общий IgE в сыворотке крови: 220 ЕД/л. 2. Аллергопробы (prick-test). Выраженная сенсibilизация к аллергенам пыльцы деревьев: береза (++++), ольха (++++), лещина (++++). Умеренная сенсibilизация к бытовым аллергенам: домашняя пыль серии 303+, 304++. 3. ФВД на фоне постоянной терапии серетидом: ОФВ1 77%, ПСВ 78%, МОС 25 82%, МОС 50 72%, МОС 75 64%. Заключение: нарушение бронхиальной проходимости на уровне бронхов среднего и мелкого калибра. <u>Задание:</u> 1. Сформулируйте и обоснуйте полный клинический диагноз, согласно классификации. 2. Назовите возможные причины тяжелого течения бронхиальной астмы. 3. Можно ли считать, что заболевание у данного ребенка

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		является контролируемым? 4. Дайте оценку проводимой терапии, проведите коррекцию, если это необходимо.
	153.	На приеме девочка 13 лет, в течение последних 5 лет страдает бронхиальной астмой, наблюдается педиатром и аллергологом. <u>Анамнез заболевания:</u> в возрасте 8 лет поставлен диагноз: Бронхиальная астма. Симптомы заболевания (кашель, эпизоды затрудненного дыхания) возникают не чаще 2-3 раз в месяц, только при вдыхании сильных запахов, контакте с домашними животными. Ночной кашель 2-3 раза в месяц. Физическую нагрузку переносит хорошо. Обострения заболевания отмечаются, в основном, в осенне-весенний период. Базисной терапии ребенок не получает, во время приступов пользуется сальбутамолом с быстрым положительным эффектом. <u>Семейный анамнез:</u> мать ребенка страдает бронхиальной астмой. При осмотре: состояние удовлетворительное. Грудная клетка обычной формы. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 20 в 1 минуту. При пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки. <u>Данные амбулаторного обследования:</u> Спирометрия: ОФВ1 и ПСВ >80%; суточные колебания ПСВ 20-30% от должного. <u>Задание:</u> 1. Поставьте диагноз, согласно классификации. 2. Стандарт обследования для установления формы и фазы болезни. 3. План наблюдения ребенка в условиях детской поликлиники. 4. Программа лечения данной больной. 5. Возможные исходы и прогноз заболевания.
	154.	К девочке 3-х лет, вызван участковый педиатр на следующий

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		день после проведения первой вакцинации АДС-М анатоксином. Мать жалуется на повышение температуры тела у ребенка, появлением обильной бледно-розовой сыпи на лице, туловище и конечностях. <u>Анамнез заболевания:</u> накануне девочка впервые была вакцинирована АДС-М анатоксином. Сегодня отмечено повышение температуры тела до 37,4°C, небольшая вялость, недомогание. <u>При осмотре:</u> состояние средней тяжести. Вялая, негативно реагирует на ос-мотр. На лице, туловище и разгибательной поверхности конечностей блед-но-розовая пятнистая и пятнисто-папулезная сыпь, без склонности к слия-нию. В зеве легкая гиперемия. Лимфатические узлы несколько увеличены, болезненные при пальпации, особенно задне-шейные и затылочные. Со сто-роны других органов и систем патологии не выявлено. <u>Анамнез жизни:</u> девочка с 2-х месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем был временный отвод от проведения вакцинопрофилактики. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Правильно ли выбран препарат для вакцинации в данном случае? 3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз? 4. Показана ли госпитализация ребенка? 5. Тактика лечения: препараты, дозы, длительность курса терапии. 6. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12-й неделе беременности?
	155.	Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». <u>При осмотре:</u> температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см. <u>Задание:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Какие лечебные мероприятия следует провести? 3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами? 4. Как объяснить матери данную ситуацию? 5. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением? 6. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
	156.	Девочка 6 лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ — 3-4 раза в год. 8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день — температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь. <u>При осмотре на дому:</u> умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей —

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. <u>Задание:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Оцените течение поствакцинального периода. 3. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? 4. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании? 5. Назначьте лечение. 6. Тактика ведения ребенка на дому.
	157.	Вызов к мальчику 2 лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются. <u>Задание:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? 3. Необходим ли осмотр оториноларинголога, его цель? 4. Назначьте лечение. 5. Какова возможная причина выявленных изменений у

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		ребенка? 6. Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?
	158.	Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной — 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агу». Прибавка в массе тела за 3 месяца — 2100 г. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому. <u>При осмотре:</u> ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетво-рительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный. <u>Дополнительные данные исследования :</u> <i>Общий анализ мочи:</i> рН — слабо кислая; белок — 0,033‰; лейкоциты -1-3 в п/з. <i>В анализе периферической крови:</i> НЬ — 95 г/л, Эр — $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,85; Л — $8,5 \times 10^9/л$; п/я — 2%, с/я — 32%, б — 1%, э — 3%, л — 58%, м — 4%, СОЭ — 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. <i>Содержание гемоглобина в эритроцитах</i> — 22 пг (норма 24-33 пг). <u>Задание:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Какие факторы риска способствовали развитию данного

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		состояния? 3. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? 5. Нуждается ли ребенок в лечении? 6. Когда следует проводить вакцинацию? Есть ли противопоказания?
	159.	Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, длиной — 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2 месяцев, затем смесь «Агу». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D₂ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились. В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака. При осмотре: масса тела 7200 г, длина — 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4×4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 120 ударов в мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<u>Задание:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Оцените физическое развитие ребенка. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Каков фосфорно-кальциевый обмен в норме и при данном заболевании? 5. Какие дефекты ведения ребенка имели место? 6. Можно ли проводить вакцинацию?
	160.	Первый патронаж к мальчику 13 дней. Ребенок от 2-й беременности (предыдущая закончилась рождением здорового ребенка). В 1 триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась сульфадиметоксином, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной — 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС, дефект межжелудочковой перегородки, НК. Выписан на педиатрический участок на 12-е сутки с рекомендациями кардиолога. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, грудь сосет активно. Кожа и слизистые оболочки чистые, цианоза нет. Дыхание пузрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р.мах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над легочной артерией. ЧСС — 126 ударов в мин, при нагрузке — до 140 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые. Задание к задаче по педиатрии

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? 2. Динамическое наблюдение педиатром на участке. 3. Совместно с каким специалистом должен наблюдаться ребенок? 4. Какая лечебная тактика может быть применена к данному пациенту? 5. Особенности проведения профилактических мероприятий в данном случае. 6. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении. 7. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденного. 8. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на легочной артерии при данной патологии? 9. Объясните происхождение III и IV тонов сердца. 10. Перечислите фармакологические свойства сердечных гликозидов. 11. Укажите допустимую частоту сердечных сокращений при

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		приеме сердечных гликозидов у новорожденных. 12. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии?
	161.	Дима, 10 лет, проходит плановое обследование в поликлинике. <u>Семейный анамнез:</u> у матери ребенка с детского возраста отмечается гематурия, незначительная протеинурия, абактериальная лейкоцитурия, врожденная катаракта. По линии матери – дедушка страдал почечной патологией, низкорослостью, имел тугоухость и погиб в возрасте 29 лет от ХПН; старший двоюродный брат матери, страдавший тугоухостью, умер в возрасте 39 лет от ХПН; младшая сестра матери страдает невритом слухового нерва. Двоюродный старший брат пробанда страдает врожденной катарактой, двоюродная младшая сестра наблюдается по поводу гематурии. <u>Анамнез жизни:</u> мальчик от 1 нормально протекавшей беременности и родов. На первом году жизни ребенок перенес ОРВИ, ангину, бронхит. В 1 год 2 мес во время пневмонии выявлена гематурия, персистирующая на протяжении всей последующей жизни. <u>При осмотре:</u> мальчик низкорослый, нормального питания, имеет 5 малых аномалий развития, склонность к артериальной гипотензии. <u>Данные амбулаторного обследования:</u> 1. Анализ крови: СОЭ 15 мм/ч, другие показатели в пределах возрастных значений. 2. Коагулограмма: склонность к гиперкоагуляции. 3. Общий анализ мочи: цвет желтый, реакция – кислая, отн. плотн. 1020, белок – отсутствует, эр. – покрывают все поля зрения. 4. Проба по Зимницкому: колебания отн. плотности в пределах 1015-1028, протеинурия до 1,5 г/сут; дневной диурез – 900,0 мл, ночной диурез – 300,0 мл. 5. Аудиометрическое исследование: признаки нейросенсорной тугоухости. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза. 3. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок и как долго? 4. Тактика ведения и обследования на педиатрическом участке. 5. Какие специалисты должны консультировать ребенка и как часто? 6. Прогноз заболевания при данной патологии?
	162.	Саша, 13 лет, проходит обследование в детской поликлинике, в соответствии с планом диспансерного наблюдения (ф30у). Анамнез заболевания: в возрасте 10 лет при диспансеризации в анализе мочи выявлена минимальная протеинурия (0,066%), а также лейкоцитурия (8-10 в п/зр.). Дальнейшее обследование, кроме контроля анализов мочи, не проводилось. На протяжении последующих 2,5 лет к имевшемуся вначале мочевого синдрому присоединились умеренная гематурия и кристаллурия. Анамнез жизни и раннее развитие – без особенностей. Данные амбулаторного обследования (в 13 лет): 1. АД 150/80 мм рт.ст. 2. Анализ мочи по Аддису-Каковскому: потеря белка за сутки 2 г, эритроцитов – до 25 млн. 3. Морфологическое исследование лейкоцитов мочи: преобладание лимфоцитов. Бактериурии нет. 4. Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, α2-глобулины 14%, γ-глобулины 12%; клиренс эндогенного креатинина 1,05 мл/с (N=1,3-2,0). 5. УЗИ почек: обе почки уменьшены в размерах (дефицит объема 18%), повышение эхогенности почечной паренхимы. 6. Внутривенная экскреторная урография: почки уменьшены в размерах, снижение рентгенологических функциональных показателей. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Тактика ведения на педиатрическом участке. Длительность наблюдения. 4. Прогноз заболевания. 5. Особенности реабилитации пациентов с данной патологией.
	163.	Мальчик 8 месяцев, впервые на приеме у педиатра, т.к. семья длительное время проживала в сельской отдаленной местности, где отец ребенка рабо-тал лесником. Мать жалуется на отставание ребенка в развитии. <u>Анамнез жизни:</u> ребенок от молодых здоровых родителей. Беременность 1-я, протекала физиологически. Роды – домашние, принимала акушерка ФАП. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу. До настоящего времени находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту. Ничем не болел. Прививки по плану. <u>Анамнез заболевания:</u> до 7 мес жизни при периодическом осмотре фельд-шером ФАП (перед проведением профилактических прививок) изменений в развитии ребенка не наблюдалось. С 7 мес отмечается снижение двигатель-ной активности, появился гипертонус конечностей, периодически – бесцель-ные движения, ритмические покачивания туловища, приступы неукротимой рвоты. В связи с отставанием ребенка в психомоторном развитии, фельдшер ФАП направила ребенка к педиатру, в город. <u>При осмотре:</u> ребенок правильного телосложения, удовлетворительного пи-тания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, ярко-голубые глаза. От ребенка ощущается своеобразный «мышинный» за-пах. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмич-ные. ЧСС 124 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберного края дуги. Селезенка не увеличена. Неврологический статус: не переворачивается, сидит только с поддержкой, не стоит; эмоционально вял, мать не узнает, издает редкие монотонные звуки, игрушками не интересуе-ся. Выражен гипертонус нижних конечностей, глубокие сухожильные реф-лексы усилены. <u>Данные амбулаторного обследования:</u> 1. Анализ крови: Нб 114 г/л, эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,93; лейко. $5,8 \times 10^9/л$, п/я 3%, с/я

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		35%, лимф. 55%, эоз. 1%, мон. 6%. СОЭ 2 мм/ч. 2. Анализ мочи: отн. плотн. 1012, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. – нет, слизь – немного. 3. Проба Фелинга: положительная. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Составьте план обследования для установления (верификации) диагноза. 3. Существуют ли в настоящее время способы и методы превентивной диагностики данного заболевания? 4. Насколько зависит прогноз заболевания от сроков постановки диагноза? 5. Тактика ведения: специализированные лечебные продукты питания для детей 1-го полугодия, 2-го полугодия жизни, в последующем. 6. Какова эффективность диетотерапии данного заболевания в зависимости от сроков постановки диагноза? 7. Можно ли сохранить грудное вскармливание в данном случае? 8. Существуют ли эффективные лекарственные корректирующие препараты (дозы, длительность использования). Фермент – замещающая терапия.
	164.	Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Из анамнеза известно, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает. На момент осмотра: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС — 100 ударов в мин, АД — 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. Инородное тело в ротоглотке не видно. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 6. Возможные осложнения. 7. Где расположена крикотиреоидная связка и каково ее значение? 8. Противопоказания для проведения трахеостомии. 9. На основании чего можно сделать выбор между экстренной эндотрахеальной интубацией и трахеостомией при

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		наступлении полной асфиксии у пациента? 10. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае. 11. Ориентировочный диаметр эндотрахеальной трубки в данном возрасте. 12. Фармакологическое действие атропина.
	165.	Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 минуты сознание восстановилось, и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку. Со слов педагога, девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учете. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина. К моменту прибытия «Скорой помощи» — повторная потеря сознания. При осмотре: кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые оболочки чистые, бледные. Частота дыхания 30 в минуту. При аускультации — дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД — 70/40 мм рт.ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в минуту. Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		R постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС — 40 ударов в минуту. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Какие рекомендации необходимо дать ребенку во внеприступный период? 6. Почему у девочки в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата? 7. Что такое проводящая система сердца? Основные структурные компоненты, их функция. 8. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы у пациентки в данном случае. 9. Механизм действия атропина. 10. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки? 11. Перечислите возможные методы купирования данного состояния в случае задержки госпитализации пациентки при наличии подготовленного медицинского персонала и необходимой аппаратуры? 12. Вероятный прогноз?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	166. Вызов бригады «Скорой помощи» к подростку 14 лет на дискотеку. Жалобы на острые боли за грудиной, в животе, головную боль. Установлено, что друзья мальчика употребляют амфетамины, а ему впервые перед дискотеккой предложили таблетку «Адама». При осмотре: мальчик возбужден, ориентация нарушена, зрачки расширены. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Слизистые оболочки сухие. Дыхание до 44 в минуту, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс более 180 ударов в мин. АД — 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Что такое амфетамины? Их основные характеристики. 6. Почему повышено артериальное давление? Каков механизм его повышения? 7. Ведущий патологический синдром. 8. Каковы вероятные поражения органов и систем у данного пациента в связи с развивающейся симптоматикой? 9. Какие адреноблокаторы не рекомендуется вводить в данном случае? 10. Какие реабилитационные мероприятия необходимы в дальнейшем? 11. Существует ли психологическая и физиологическая зависимость при приеме данной группы препаратов? 12. В наблюдении каких врачей-специалистов нуждается

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		ребенок?
	167.	Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику 15 лет. При самостоятельном спуске с горы зимой получил травму ноги, в связи с. чем ночь провел вне лыжной базы. Найдено спасателем утром. При осмотре: резко заторможен. Температура тела — 32°C. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Мышечная дрожь. Одышка. Частота дыхания 36 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца — ритмичные, приглушены. Пульс — 120 ударов в мин, АД — 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Деформация и гематома в нижней трети правой голени. Отек и затвердение тканей в области обеих ступней с потерей чувствительности. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Какие изменения происходят в тканях при данном состоянии? 6. Совокупность каких климатических факторов способствует снижению температуры тела ниже нормы? 7. Изменение каких систем и поражение каких органов следует ожидать в данном случае и в зависимости от тяжести общего переохлаждения и скорости его развития? 8. Введение каких лекарственных препаратов показано при тяжелых степенях общего переохлаждения у детей вне зависимости от клинической симптоматики?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		9. Какие методы согревания противопоказаны при замерзании? 10. Критерии эффективности реанимационных мероприятий при замерзании у детей? 11. Прогноз состояния у данного пациента в зависимости от тяжести общего переохлаждения. 12. Что Вы будете делать при замерзании с оледенением ребенка?
	168.	Мальчик 3 лет, предположительно за 60 минут до прибытия машины «Скорой помощи» съел неизвестное количество таблеток. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребенка, вызвали «Скорую помощь». Бабушка ребенка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин и резерпин. В момент осмотра: общее состояние тяжелое. Сомнолентность, оценка по шкале Глазго 10 баллов. Зрачки сужены. Периодически судороги, с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне легочного дыхания выслушивается небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 ударов в минуту. АД — 70/20 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Не мочился. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложная помощь. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Условия транспортировки.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. К каким фармакологическим группам относятся нифедипин и резерпин? Их действие. 6. Что такое шкала Глазго? Для чего она применяется? 7. В связи с чем у пациента наблюдается затруднение носового дыхания? 8. Прием какого количества таблеток данных препаратов потенциально смертельно в данном возрасте? 9. Через какое время возможно развитие острой почечной недостаточности у данного пациента? Каков механизм ее развития? 10. Возможно ли проведение методики форсированного диуреза для удаления всосавшегося яда у данного пациента на догоспитальном этапе? 11. Возможные последствия для жизни и здоровья ребенка. 12. Рекомендации родителям.
	169.	Вызов реанимационной бригады службы «Скорой помощи» на дорожно-транспортное происшествие. Мальчик 9 лет сбит автомашиной при переходе улицы. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго — 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости. Выраженная деформация 6-7-8 ребер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в минуту. При аускультации легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 140 ударов в минуту. АД — 70/20 мм рт.ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Неотложные мероприятия. 3. Какую диагностическую процедуру необходимо провести незамедлительно? 4. Дальнейшая тактика. 5. Условия транспортировки. 6. Виды и критерии оценки степени тяжести шока. 7. Ведущие патогенетические механизмы шока у данного пациента и отличия в экстренной терапии в зависимости от тяжести шока. 8. Противопоказания для применения наркотических анальгетиков при данном виде шока у детей? 9. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данного пациента. 10. Сколько капель в 1,0 мл? Каким образом Вы будете определять необходимую скорость вливания противошоковых растворов? 11. Ваша тактика при остановке машины «Скорой помощи» во время транспортировки данного пациента для оказания помощи другому больному? 12. Прогноз для жизни и здоровья ребенка?
	170.	Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику 6 лет, вынесенному спасателем из горящей квартиры. При осмотре: общее состояние тяжелое, ребенок без сознания. Оценка комы по шкале Глазго 8 баллов. Эритема кожных покровов, вишневая окраска слизистых оболочек. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Одышка смешанного характера: при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над легкими, над всеми легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 140 ударов в мин.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		АД — 80/40 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложная помощь. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Условия транспортировки. 5. Возможные осложнения. 6. Какие методы искусственной вентиляции легких Вы знаете? 7. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния пациента. 8. Ведущий патологический синдром, определяющий возможные осложнения на последующих этапах лечения. 9. Профилактика токсического отека легких у данного пациента. 10. Какова первая реакция организма ребенка на ингаляцию горячего воздуха и продуктов горения? 11. Укажите ведущее лечебное мероприятие при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе? 12. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
	171.	Бригада «Скорой помощи» вызвана к девочке 3 лет. Ребенок, оставленный без присмотра матери, опрокинул на себя кипящее масло с плиты. Мать вызвала «Скорую помощь», которая прибыла через 10 минут При осмотре: ребенок в сознании, психомоторное возбуждение, крик. На коже лица, шеи и правой руки небольшие участки гиперемии. Местами отмечается гибель эпидермиса с образованием пузырей. При прикосновении ватным шариком к поврежденной поверхности – резкая боль, частота дыхания — 26 в минуту. Пульс хорошего наполнения и напряжения с частотой 120 ударов в мин. АД 100/50 мм рт.ст. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Первая врачебная помощь.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Показана ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки? 5. Вероятные осложнения и их профилактика у данной пациентки? 6. «Правило девятки» — определение. Для чего применяется? 7. Особенности течения данного вида повреждения кожи у детей. 8. Развитие ожогового шока в зависимости от площади поражения кожи и возраста ребенка? 9. Особенности обезболивания в зависимости от тяжести ожога и ожогового шока. 10. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данной пациентки. 11. При какой степени тяжести ожогового шока на догоспитальном этапе начинают трансфузионную терапию? 12. Рекомендации для родителей по оказанию первой помощи при термических ожогах у детей до прибытия медицинских работников.
	172.	К мальчику 3 лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней двусторонней пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады «Скорой помощи». В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	туловища, конечностей — уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно — звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 ударов в мин. АД — 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Первая врачебная помощь. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Условия транспортировки. 5. Какие типы гиперчувствительности организма Вы знаете? Приведите примеры. 6. Ведущий патологический синдром, определяющий особенности данного случая. 7. Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии. 8. Какие виды трансфузионных растворов не рекомендуется применять в данном случае? 9. Как Вы будете дозировать скорость введения противошоковых растворов в данном случае? Сколько капель в 1,0 мл? 10. Какие мероприятия необходимо провести до прибытия врача? 11. Какие возможны пути поступления аллергена в организм?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		12. Что такое идиосинкразия? 13. Какие рекомендации следует дать родителям ребенка?
	173.	Во время репетиции школьного хора девочка 8 лет стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание. Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль. На диспансерном учете не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко. Срочно был вызван школьный врач. При осмотре: девочка без сознания. Температура тела — 36,3°C. Кожные покровы бледные, холодный пот. Слизистые оболочки чистые, бледные. Дыхание поверхностное, с частотой 20 в минуту. При аускультации в легких везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены. Верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца — ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 ударов в мин. АД — 80/30 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень — у края реберной дуги. Задание к задаче по педиатрии 1. Предполагаемый диагноз? 2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 3. Какие действия должен предпринять школьный врач? 4. Неотложные мероприятия и тактика бригады «Скорой помощи».

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. Нужна ли госпитализация? 6. Какие исследования необходимо провести ребенку? 7. Каковы причины и патогенез развития данного состояния? 8. Охарактеризуйте клиническую картину острого периода черепно-мозговой травмы. 9. В каких рекомендациях нуждается ребенок и родители? 10. План дальнейшего наблюдения за ребенком. 11. Каковы подходы к реабилитации данного ребенка на педиатрическом участке? 12. Прогноз данного заболевания?
	174.	Вызов врача «неотложной помощи» в 4 часа утра к мальчику 4 лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5°C, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает. При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые оболочки чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД — 35 в минуту. ЧСС — 126 ударов в мин. АД — 85/45 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		реберной дуги. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Неотложная помощь. 4. Показания к назначению глюкокортикоидов. 5. Показания для проведения коникотомии. 6. Дальнейшая тактика врача. 7. Нужна ли госпитализация? Если да, что каковы условия транспортировки? 8. Патогенез. Наиболее вероятная этиология. 9. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае. 10. Какие морфологические и функциональные особенности детского организма способствуют развитию данного заболевания? 11. Какие осложнения угрожают ребенку? 12. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка?
Раздел. Инфекционные болезни у детей		
ПК-3	175.	Мальчик 13 лет, заболел остро: с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрии. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован. Состояние средней тяжести, температура тела — 39°C.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам — без особенностей. Обе околоушные железы увеличены. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 140 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,95, Лейк — $8,2 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 63%, л — 21%, м — 12%; плазм, клетки — 1%, СОЭ — 8 мм/час. <i>В посевах слизи из ротоглотки</i> патогенная микрофлора не обнаружена. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — светло-желтый, плотность — 1020, белок — нет, сахар — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — единицы. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания? 3. В консультации какого специалиста нуждается больной? 4. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании? 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Какие осложнения возможны при данном заболевании? 7. Оцените результаты лабораторных исследований. 8. Чем отличается паротит от околоушного лимфаденита? 9. Есть ли особенности в пути передачи данного заболевания? 10. Назначьте лечение. 11. Каковы исходы данного заболевания?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		12. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания? 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если «да» — то какими препаратами?
ПК-3	176.	Мальчик 7 лет, стал жаловаться на боли в правой подмышечной области, на боли при сгибании правого локтевого сустава. На руках царапины. На внутренней поверхности правой ладони видна папула размером 0,2×0,3 см под корочкой, от которой тянется «дорожка» лимфангоита. Кубитальный лимфоузел справа увеличен до размеров 2×2 см, подмышечный узел до 1,5×2,0 см. Диагностирован лимфаденит и начато лечение внутримышечными инъекциями пенициллина. Состояние не улучшилось, появились катаральные явления, одышка экспираторного характера, температура тела — 38°C. Направлен в госпитализацию. При поступлении: состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации, кожные покровы бледные, умеренно выражен цианоз носогубного треугольника. Пальпируются все группы лимфоузлов, размерами 1,2×2,0 см, множественные. Пальпация кубитального лимфоузла болезненная, размерами 2×4 см, кожа над ним гиперемирована, отечная, в центре — зона флюктуации. Тоны сердца приглушены. Одышка, в нижнемедиальном отделе левого легкого выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот болезненный, печень +1,5 см. Селезенка не пальпируется. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 130 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,86, Лейк - $14,0 \times 10^9$/л; п/я — 7%, с/я — 72%, э — 3%, л — 10%, м — 8%; СОЭ 27 мм/час. <i>Иммунофлюоресцентное исследование слизи из носоглотки:</i> грипп — отрицательно, адено — отрицательно, парагрипп —

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		отрицательно, РС-вирус — отрицательно. <i>Серологические маркеры:</i> Заболевание IgM IgG ЦМВ — + Герпес I типа — + Герпес II типа — — Токсоплазмоз — + Листериоз — — Хламидиоз + — Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Укажите возможный источник заболевания. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Оцените результаты анализа периферической крови. 5; Как Вы оцените данные серологического исследования? 6. Какие дополнительные исследования назначите для уточнения диагноза? 7. Каков патогенез данного заболевания? 8. Нуждается ли больной в дополнительных инструментальных исследованиях? 9. Каких специалистов пригласите для консультации и лечения? 10. Перечислите клинические формы данного заболевания согласно классификации.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		11. Назначьте лечение. 12. О каких мерах профилактики проведете беседу с родителями больного?
ПК-12	177.	Мальчик 3 лет посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие два дня температура тела 38°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой оболочке полости рта. На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела — 40°C, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 140 г/л, Эр — $4,4 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,95, Лейк - $17,5 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 82%, э — 1%, л — 12%, м — 2%; СОЭ — 25 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание? 3. Имеется ли полиморфизм сыпи? 4. Каков патогенез экзантемы при данном заболевании? 5. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		области спины? 6. Какие еще проявления болезни возможны у ребенка? 7. Оцените результаты анализа периферической крови. 8. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 9. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному? 10. Назначьте лечение. 11. Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком? 12. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детском саду и в семье, где есть еще ребенок 5 лет? 13. Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?
ПК-3	178.	Девочка 2 месяцев. Родилась в срок. На грудном вскармливании. Психическое и физическое развитие соответствует возрасту. У отца ребенка в последние две недели отмечался кашель. Со слов мамы при нормальной температуре у ребенка появился кашель, который в последующие дни усиливался. Через неделю ребенок госпитализирован по тяжести состояния с диагнозом ОРВИ, пневмония? При поступлении: состояние средней тяжести. Бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей. В конце второй недели заболевания состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		приступообразным до 20-30 раз в сутки со рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой он синел и несколько раз отмечались судороги. Затем поднялась температура тела до 38,5°C, в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 160 ударов в мин. Ребенок стал вялый, временами беспокойный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной пневматизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах. Общий анализ крови: НЬ — 128 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,87, Лейк - $18,2 \times 10^9/л$; п/я — 5%, с/я — 19%, э — 5%, л — 61%, м -10%; СОЭ — 8 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите типичные симптомы, на основании которых поставлен диагноз? 3. Каков предполагаемый источник заболевания? 4. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 5. Каков патогенез развития кашля при данном заболевании? 6. Как оценить данные рентгенографического исследования легких? 7. Имеются ли осложнения болезни у ребенка? 8. Оцените результаты анализа периферической крови.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		9. В каком отделении должен лечиться больной? 10. Перечислите особенности данного заболевания у детей раннего возраста. 11. Какого специалиста пригласите для консультации? 12. Назначьте лечение. 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если «да» — то какими препаратами?
	179.	Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5°C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях — обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Общий анализ крови: НЬ — 130 г/л, Эр — 3,8x10¹²/л, Ц.п. — 0,87, Лейк — 7,0x 10⁹/л; п/я — 5%, с/я — 42%, л — 49%, м — 4%; СОЭ — 20 мм/час. Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		группы — отрицателен. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз? 3. Какова причина поражения глаз и кожи? 4. Какова динамика экзантемы при данном заболевании? 5. Каков патогенез поражения легких при данном заболевании? 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 8. Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании? 9. Каких специалистов пригласите для консультации? 10. Какие осложнения возможны при данном заболевании? 11. Назначьте лечение. 12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге. 13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
	180.	Мальчик 1,5 лет, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной — 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста — упорная диарея с

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягко эластической консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Живот вздут. Нечень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — 3,5 см. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ — 90 г/л, Эр — $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,78, Лейк — $6,7 \times 10^9/л$; с/я — 50%, л — 45%, м — 5%; СОЭ — 3 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие исследования подтвердят этиологию предполагаемого заболевания? 3. Каков механизм передачи инфекции? 4. Какие типичные симптомы свидетельствуют о данном заболевании? 5. Охарактеризуйте период болезни согласно классификации. 6. Оцените анализ периферической крови. 7. Имеется ли в клинической картине болезни мононуклеозоподобный синдром? 8. Что является причиной упорной диареи? 9. Каких специалистов следует пригласить для консультации? 10. Как лечить больного?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		11. Какие меры профилактики необходимы в семье? 12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
ПК-8	181.	Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке — яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах — сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под реберья на 3 см. Моча насыщенная. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Общий анализ крови: НЬ — 130 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,89, Лейк — $10,0 \times 10^9/л$; п/я — 8%, с/я — 13%, э — 1%, л — 40%, м — 13%; атипичные мо-нонуклеары — 25%, СОЭ — 25 мм/час. Положительная реакция Гофф-Бауэра.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз согласно классификации. 2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? 3. Характеристика возбудителя. 4. Патогенез заболевания. 5. Объясните механизм реакции Гофф-Бауэра. 6. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному? 7. Оцените клинический анализ крови. 8. Какие изменения будут выявлены при осмотре оториноларингологом? 9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. 10. Назначьте лечение. 11. Возможные варианты течения заболевания. 12. Профилактические мероприятия.
ПК-3	182.	Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня — кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей — геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление — 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Клинический анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк — $17,0 \times 10^9/л$; п/я — 27%, с/я — 53%, э — 2%, л — 10%, м — 8%; СОЭ-30 мм/час. Ликворограмма: цвет — мутный, опалесцирует, цитоз — 1800/3, белок — 0,460 г/л, лимфоциты — 10%, нейтрофилы — 90%. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре? 3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию? 4. Дайте характеристику возбудителя. 5. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции. 6. Объясните патогенез токсического синдрома. 7. Причины появления геморрагической сыпи. 8. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз? 9. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? 10. Возможный прогноз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		11. Противоэпидемические мероприятия в очаге. 12. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
ПК-5	183.	Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на BL. Наложения на миндалины сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца — АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяцев — АДС-М анатоксином. 1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев — АДС-М анатоксином. В посеве слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacterium diphth. mitis</i>. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Общий анализ крови: Нб — 156 г/л, Эр — 5,1х10¹²/л, Ц.п. - 1,0, Лейк -9,6х10⁹/л; п/я -4%, с/я — 65%, б — 1%, л — 18%, м — 12%; СОЭ — 16 мм/час. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте характеристику возбудителя. 3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании? 4. Объясните патогенез заболевания. 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Подтверждает ли результат бактериологического

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		исследования данный диагноз? 7. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? 8. Какими препаратами следует проводить вакцинацию? 9. Оценить проведенную иммунизацию ребенка. 10. Назначьте лечение. 11. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
ПК-12	184.	Мальчик 8 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни в крайне тяжелом состоянии. Заболел остро: температура тела 38°C, повторная рвота, покашливал. Затем состояние ухудшилось, на теле появились геморрагические высыпания. При поступлении: ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление — не определяется. Живот умеренно вздут. Печень +1 см. Не мочится. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии Данные дополнительных исследований: Осмотр окулиста — расширение вен сетчатки, кровоизлияния на глазном дне. Клинический анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $137 \times 10^9/л$, Лейк — $17,2 \times 10^9/л$; п/я — 37%, с/я — 33%, э — 2%, л — 25%, м -3%; СОЭ — 35 мм/час. Методом «толстой» капли крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Подтверждают ли проведенные исследования диагноз? 3. Какие лабораторные исследования необходимо провести? 4. Дайте характеристику возбудителя.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. Объясните патогенез данного заболевания. 6. Чем обусловлена тяжесть заболевания в данном случае? 7. Проведите дифференциальный диагноз. 8. Консультация каких специалистов потребуется для уточнения диагноза и определения тактики лечения в стационаре? 9. Назначьте лечение. 10. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести по месту проживания ребенка? 11. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
ПК-12	185.	Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела до 40°C, сухой резкий кашель, жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Госпитализирована. При поступлении: состояние тяжелое, вялая, температура тела 39°C. На коже лица и шеи — петехии, склеры инъецированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД — 48 в минуту. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС — 146 ударов в 1 минуту. Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, стул нормальный, анус сомкнут. Менингеальных симптомов нет. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 120 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,89, Лейк — $7,0 \times 10^9/л$; п/я — 2%, с/я — 45%, л — 45%, м — 8%; СОЭ — 10 мм/час, Тромб — $302 \times 10^9/л$. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? 3. Перечислите типичные симптомы, характерные для

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		данного заболевания? 4. Какова причина сухого резкого кашля? 5. Каков патогенез абдоминального синдрома при данном заболевании? 6. Нуждается ли больная в консультации специалиста? 7. Какова причина появления петехиальной сыпи? 8. Проведите дифференциальный диагноз. 9. Оцените анализ периферической крови. 10. Назначьте лечение. 11. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
ПК-3	186.	Девочке 1 год 2 месяца, заболела остро: температура тела 38°C. Влажный частый кашель, насморк. К вечеру мать заметила отечность век. На следующий день состояние резко ухудшилось — усилился насморк, повысилась температура тела до 39°C, появился цианоз носогубного треугольника, одышка. Участковый врач осмотрел ребенка и госпитализировал по тяжести состояния. Состояние тяжелое, выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Веки обоих глаз гиперемированы, отечны, конъюнктивы с выраженными фолликулами, отмечается помутнение роговицы правого глаза. Полиадения. В легких с обеих сторон выслушиваются сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Дыхание 36 в 1 минуту. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. При пальпации кишечника отмечается болезненность, урчание, разжиженный стул до 4 раз со слизью без патологических примесей. Печень пальпируется ниже реберной дуги на 2,5

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		см, селезенка — 1,5 см. Менингеальных симптомов нет. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 120 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}/л$, Лейк — $6,9 \times 10^9/л$; п/я — 6%, с/я — 47%, э — 2%, л — 35%, м — 10%; СОЭ — 15 мм/час. <i>На рентгенограмме органов грудной клетки:</i> усиление сосудистого рисунка. <i>Кал на кишечную группу</i> — отрицательный. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания? 3. Чем обусловлено поражение глаз? 4. Что является причиной помутнения роговицы? 5. Каков патогенез развития диареи у данного больного? 6. Как охарактеризовать патологические изменения в легких? 7. Какова причина полиадении? 8. Проведите дифференциальный диагноз. 9. Специалистов какого профиля Вы пригласите на консультацию? 10. Какие осложнения возможны в течении болезни? 11. Назначьте лечение.
ПК-3	187.	Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от завтрака. Осмотрен

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	врачом: температура тела 37,3°C. На коже лица, туловища, конечностей — розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая гиперемия. Увеличены переднешейные лимфоузлы. Язык обложен белым налетом. С подозрением на скарлатину ребенок отправлен домой, назначено лечение. К третьему дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мать прекратила лечение, так как посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели — подъем температуры тела до 38°C, головная боль, бледность, слабость, моча с розоватым оттенком. Была повторная рвота. Ребенок госпитализирован. В стационаре: АД — 140/80 мм рт.ст. Состояние тяжелое. Мальчик вял, бледен, лицо одутловатое. Пастозность голеней, стоп. Сыпи нет. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на а. pulmonalis. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберного края, селезенка не увеличена. Стул нормальный. Диурез снижен. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $11,0 \times 10^9/л$; п/я — 7%, с/я — 60%, э — 6%, л — 22%, м — 5%; СОЭ — 32 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность — 1020, белок - 0,5‰, сахар — нет, эритроциты — 25-30 в п/з, местами скопления; цилиндры гиалиновые — 2-3 в п/з. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какова форма заболевания? 3. Объясните патогенез развития ангины и экзантемы.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4. Какие дополнительные симптомы можно выявить в начале заболевания? 5. В какой терапии и длительности ее курса нуждается ребенок с начала заболевания? 6. Оцените результаты анализа периферической крови, общего анализа мочи. 7. Какие дополнительные исследования необходимо провести в условиях стационара? 8. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза? 9. Каких специалистов Вы пригласите на консультацию? 10. Назначьте лечение. 11. Каков прогноз заболевания? 12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге
ПК-3	188.	Девочка 9 месяцев с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до 38,80С, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу. При поступлении: температура 38,2°С, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД 60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки и эпигастрия. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС - 100-130 ударов в мин). Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое. Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подвязочного пространства, отек голосовых связок. На рентгенограмме грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень (ателектаз?). КОС: рН - 7,31; PCO₂ -41,1, PO₂-70,1, BE = -3,6. Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), РС (-), Адено (-) Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - 3,5x10¹²/л, Ц.п. 0,89, Лейк - 8,3x10⁹/л; л/я - 3%, с/я - 41%, э - 2%, л - 45%, м - 9%, СОЭ-10 мм/час. Задание 1.Поставьте клинический диагноз. 2.Объясните патогенез развившегося синдрома. 3.Возможная динамика процесса. 4.Какие дополнительные исследования необходимо провести? 5.Проведите дифференциальный диагноз? 6.Где следует лечить больную? 7.О каких осложнениях можно думать в данном случае? 8.Консультации каких специалистов необходима для уточнения диагноза и лечения? 9.Что выявляется реакцией иммунофлюоресценции? 10.Какие изменения со стороны ЛОР органов будут выявлены при осмотре больного? \ 11.Назначьте лечение. 12.Когда ребенок может быть выписан домой? 13.Необходимые рекомендации при выписке больной из стационара.
ПК-3	189.	Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39⁰С, беспокойный, аппетит, снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3⁰С, веки отечны, конъюнктивита гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень +3,5 см. Селезенка +1,5 см. Стул оформленный. Клинический анализ крови: НЬ - 133 г/л, Эр, - 4,3x10¹²/л, Ц.п. - 0,93, Лейк.- 7,9x10⁹/л; П/Я - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ - 4 мм/час. Общий анализ мочи: 'цвет - сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1031; белок - 0,3%0, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3в п/з; соли - ураты. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АлАТ 32 Ед/л, АсАТ-42 Ед/л. Реакция иммунофлюоресценции: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), Аденовир. (+) На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются. Задание 1.Поставьте клинический диагноз 2.Назовите инкубационный период заболевания. 3.Объясните патогенез данного заболевания. 4.Проведите дифференциальный диагноз. 5.Консультации каких специалистов потребуется для динамического наблюдения и назначения терапии? 6.Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз. 7.Дайте заключение по рентгенограмме. 8.Возможные осложнения. 9.Опишите изменения со стороны ЛОР органов, которые будут выявлены при осмотре специалистом. 10.Назначьте лечение. 11.Когда ребенок может быть выписан из стационара.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		12.Профилактические мероприятия.
ПК-3	190.	Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием кожных покровов. На фоне десенсибилизирующей терапии, применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако на 3-й день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39°C, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд. На коже появились везикулезные, высыпания, и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей - обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами с желтоватым содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца отчетливые. ЧСС - 160 ударов в мин. Слизистая оболочка полости рта и глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Клинический анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, Лейк 18,0 x 10⁹/л ; п/я -15%, с/я - 54%, э - 3%, л- 20%, М - 8%, СОЭ - 43 мм/час. Определение антител (ИФА) к антигенам: СМУ IgG 1/200, IgM отрицательно; ВПГ 1-11 IgG - отриц., IgM - положит. (1 :400). . Задание: 1. Поставьте клинический диагноз 2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию заболевания? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку? 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Каких специалистов необходимо пригласить на консультацию для определения тактики лечения? 6. С какими заболеваниями следует проводить

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		дифференциальный диагноз? 7. Объясните причину изменений в клиническом анализе крови 8. Состояние иммунитета при данном заболевании. 9. Какова вероятность рецидивов заболевания? 10. Как мог заразиться ребенок? 11. Назначьте этиотропное лечение: а) общее, б) местное. 12. Проведите противоэпидемические мероприятия.
ПК-3	191.	Девочка 10 лет, заболела остро: температура тела 38,4°C, плохой аппетит, беспокойный сон, затруднение носового дыхания, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. На 6-й день болезни выявлены гепато- и спленомегалия. За 2 месяца до заболевания ребенок лечился в стационаре по поводу травмы, получала препараты крови. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38° С, бледная, аппетит снижен, лицо одутловатое, пастозное, увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы до 1 см, подвижные. Болезненность при пальпации околоушной области с обеих сторон. Носовое дыхание затруднено, но выделений нет. В легких жестковатое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В зеве – умеренная разлитая гиперемия, отечность миндалин, наложений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5-2,0 в/3, край эластичный, безболезненный. Селезенка + 1см, стул, диурез в норме. В неврологическом статусе без изменений. УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно увеличена, ЭХО - однородна; селезенка слабо увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь с перетяжкой в области тела: Реакция Гоффа-Бауэра - Отрицательна. Цепная полимеразная реакция: ДНК цитомегаловируса (+). Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр $3,9 \times 10^{12}/л$ Лейк. $10,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 40%, э - 2%, л - 73%, м -13%, атипичные мононуклеары – 4%, СОЭ – 15 мм/час Биохимический анализ крови: общий билирубин -16 мкмоль/л, прямой - 9 мкмоль/л, АлАТ - 80 ммоль/л, АсАТ - 67 ммоль/л, протромбин - 85%, тимоловая проба - 12 ед. Серологические маркеры: - анти-CMV IgM (+), анти-CMV IgG(+); - анти-TOXO IgM (-), анти_TOXO IgG(+).

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Предполагаемый источник инфицирования. 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Оцените результаты лабораторных исследований, проведенных больному. 6. Оцените результаты УЗИ - исследования. 7. Перечислите возможные клинические варианты. 8. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями. 9. Консультации каких специалистов необходимы для уточнения диагноза? 10. Назначьте лечение по программе протокола. 11. Прогноз данного заболевания. . 12. Противоэпидемические мероприятия.
ПК-3	192.	Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3° С. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет. Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга. В детском саду - несколько случаев ветряной оспы. Анализ мочи общий – без патологии. Общий анализ крови: Нб - 136 г/л, Эр $4,2 \times 10^{12}/л$ Лейк. $5.5 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я -25%, э - 3%, л - 65%, м -5%, СОЭ – 7 мм/час. Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		каплями, цитоз 30/3, из них нейтрофилов – 2%, лимфоцитов – 98%, белок – 0,165г/л, сахар – в норме, реакция Панди – слабо положительная (+). Задание 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпиданамнеза и анамнеза жизни? 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез данного заболевания. 5. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного? 6. Оцените результаты лабораторных исследований. 7. Какие лабораторные исследования назначите? 8. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз? 9. Назначьте медикаментозное лечение. 10. Противоэпидемические мероприятия. 11. Консультации каких специалистов необходима для динамичного контроля за состоянием ребенка? 12. Предполагаемый прогноз заболевания.
ПК-3	193.	Ребенок в возрасте 3 месяца, поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, при том периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. Известно, что в семье у его дедушки в течение 3 недель отмечался кашель. На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки - обнаружена палочка <i>Haemophilus pertussis</i>. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%; СОЭ - 3 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Оцените тяжесть заболевания. 3. Назовите источник заражения. 4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз? 5. Объясните патогенез приступа кашля. 6. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ЛОР - врачом, невропатологом? 7. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания? 8. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией. 9. Назначьте лечение. 10. Проведите противоэпидемические мероприятия. 11. Возможные исходы заболевания. 12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да, то, каким препаратом она проводится?
ПК-3	194.	Девочка 5 лет, заболела остро: с подъема температуры тела до 38°C, кашля, насморка. В последующие три дня температура

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	держалась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до 39,5°C, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. Однако, на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирована. При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая оболочка полости рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток. На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легочного рисунка. Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз 30/3, лимфоциты – 88%, нейтрофилы-12%, белок-0,165 г/л, сахара- нет. Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр – 3,5х 10¹²/л, Лейк – 8,4 х 10⁹/л; П/я - 3%, с/я - 42%, л - 43%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз. 3. Дайте характеристику возбудителя. 4. Объясните патогенез заболевания. 5. Укажите причину появления неврологических симптомов. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7.Специалистов каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного? 8.какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии. 9. Противозидемические мероприятия. 10. Какие профилактические мероприятия предусмотрены

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		для предупреждения данного заболевания?
ПК-8	195.	Мальчик 5 лет, доставлен в травмпункт с рваной раной левой щеки. Проведена обработка раны. Наложены швы. Через сутки у ребенка поднялась температура до 38°C, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. На следующий день температура 39°C. Гиперемия и отечность тканей увеличилась, из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях - мелкоточечная, розового цвета сыпь, с пре-имущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык «сосочковый». Зев спокоен. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре переднешейные и околоушные лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное. ЧД до 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, Селезенка - на 1 см. Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Взят посев отделяемого из раны, обнаружен патогенный золотистый стафилококк. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $20,0 \times 10^9/л$; П/я - 10%, с/я - 60%, л - 27%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? 3. Характеристика возбудителя. 4. Перечислите заболевания, вызываемые данным микробом. Патогенез заболевания. 5. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз? 6. Какие специалисты должны проводить общее и местное лечение? 7. С какими инфекционными заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз? 8. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии? 9. Назначьте общее и местное лечение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		10. В каком отделении должен лечиться ребенок? 11. Противоэпидемические мероприятия.
ПК-3	196.	Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела 38,5°C, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8-й день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние тяжелое, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 ударов в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин 11 степени без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. В доме есть кошка и собака. В сыворотке крови: - анти-CMV IgG (+), IgM (-); - анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); - анти-ТОХО IgG (-), анти-ТОХО IgM (+). Температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Клинический анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,6 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый; прозрачность - полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания. 3. Оцените результаты серологических исследований. 4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному? 5. Дайте характеристику возбудителя. 6. Предполагаемый источник инфекции. 7. Объясните патогенез гепато-лиенального синдрома.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		8. Каких специалистов привлечь для консультации? 9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями. 10. Перечислите возможные исходы заболевания. 11. Назначьте этиотропное лечение. 12. Профилактические мероприятия.
ПК-6	197.	Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с нежной отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах - сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10 \times 10^9/л$; п/я - 8%, с/я - 13%, э - 1 %, л - 40%, м - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. Положительная реакция Гоффа-Бауэра. Задание 1. Поставьте клинический диагноз согласно классификации. 2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? 3. Характеристика возбудителя. 4. Патогенез заболевания.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. Объясните механизм реакции Гофф-Бауэра. 6. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному? 7. Оцените клинический анализ крови. 8. Какие изменения будут выявлены при осмотре оториноларингологом? 9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. 10. Назначьте лечение. 11. Возможные варианты течения заболевания. 12. Профилактические мероприятия.
ПК-12	198.	Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп. При, осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень + 1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м8%; СОЭ - 30 мм/час. Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию? 4. Дайте характеристику возбудителя. 5. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции. 6. Объясните патогенез токсического синдрома. 7. Причины появления _ геморрагической сыпи. 8. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз? 9. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? . 10. Возможный прогноз. 11. Противоэпидемические мероприятия в очаге. 12. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
ПК-6	199.	Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, провел посев слизи из зева и носа на BL. Наложения на миндалины сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяце - АДС-М анатоксином. 1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При бактериологическом обследовании слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacterium dipht. mitis</i> Общий анализ крови: НЬ - 156 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. -1,0, Лейк. - $9,6 \times 10$ /л; п/я - 4%, с/я - 65%, б - 1%, л - 18%, м - 12%; СОЭ - 16 мм/час.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте характеристику возбудителя. 3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании? 4.Объясните патогенез заболевания. 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Подтверждает ли результат бактериологического исследования данный диагноз? 7. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? 8. Какими препаратами следует проводить вакцинацию? 9. Оцените правильно ли проведена иммунизация ребенка. 10. Назначьте лечение. 11. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
Общественное здоровье и здравоохранение		
ПК-4	200.	К руководителю администрации муниципального образования «Инта» 02.12.2013 г. обратилась гр. А. в интересах сына С., 2009 г. р., ребенка-инвалида в связи с заболеванием левого глаза. Гр. А. пожаловалась руководителю муниципальной администрации, что её ребенок С. не получает лекарственные препараты по льготным рецептам, рекомендованные после лечения в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца (наименования не конкретизированы). Для подготовки аргументированного ответа руководитель администрации просит в срок до 10.12.2013 г. подготовить полную информацию по пациенту С.: право на льготное лекарственное обеспечение, схема лечения, наличие рецептов на отсроченном обслуживании, принятые меры по обеспечению необходимой медицинской продукцией. ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ» в связи с запросом администрации муниципального образования «Инта» предоставляет следующие сведения о ребенке: наблюдается

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		врачом окулистом с февраля 2012 г.; имеет категорию ребенок-инвалид с ноября 2012 г.; по заболеванию консультируется в г. Москве в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. Направление на консультацию в г. Москве осуществляется за счет квот МЗ Республики Коми. На основании ФЗ № 178-ФЗ ребенок-инвалид С. имеет право на получение набора социальных услуг в части обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания. Из всего списка препаратов, рекомендованных специалистами НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, ребенку С. два лекарственных средства рекомендованы для постоянного применения до следующей консультации в НИИ глазных болезней, т.е. до марта 2014 г.: глазные капли «Баларпан» и глазная мазь «Вита-ПОС». Остальные лекарственные средства рекомендованы при обострении процесса и проведении противорецидивных курсов для улучшения регенерации роговицы. Назначение этих препаратов зависит от течения процесса, состояния пораженного глаза. Определение необходимости и количества этих лекарственных средств для лечения ребенка не представляется возможным заранее, но предполагается, что они понадобятся в течение ближайших месяцев. Из препаратов, рекомендованных ребенку С. при консультациях в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, лекарственный препарат «Ацикловир» включен в Перечень препаратов, утвержденных постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 и постановлением Правительства Республики Коми от 25.12.2012 г. № 624. Препарат неоднократно предлагался маме ребенка. Однако гр. А. требует обеспечения лекарственным препаратом «Зовиракс», который является тем же препаратом, но под торговым названием «Зовиракс» выпускается фармацевтическими фирмами Канады, Великобритании, Германии. Кроме того, вместо препаратов «Флоксал» и «Офтаквикс» в Перечене препаратов, включенных в список указанными Постановлениями, имеются аналоги

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		«Офлоксацин» и «Левифлоксацин». На предложение замены пре-паратов аналогами, входящими в список Перечня жизненно важ-ных лекарственных препаратов, мать ребенка отвечает категори-ческим отказом. Вопросы (задание): 1. Приведите нормативные документы, обосновывающие права ребенка на получение льготного лекарственного обеспечения, его порядок и условия. 2. Дайте комментарии по данному случаю.
ПК-11	201.	К уполномоченному по правам ребенка при губернаторе Архангельской области обратилась мать месячного малыша с жалобой на нарушение прав ребенка на льготное лекарственное обеспечение в связи с отказом участкового врача-педиатра в выписке льготного (бесплатного) рецепта на витамин «Д». При рассмотрении обращения выяснено, что ребенок Р., 12.08.2016 г.р., поступил под наблюдение медицинской организа-ции в возрасте 7 дней. В полном объеме прошел профилактический осмотр в возрасте 1 месяц, патологии не выявлено. Находится на грудном вскармливании. Наблюдается по первой группе здоровья, физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое развитие -1 группа. На приеме в месячном возрасте участковым врачом-педиатром заболеваний не выявлено, даны рекомендации по профилактике рахита: грудное вскармливание, режим № 1, материнский массаж и гимнастика – комплекс № 1, витамин Д - аквадетрим 500 МЕ по 1 капле 1 раз в день длительно. Маме пояснено, что бесплатный рецепт на витамин «Д» с профилактической целью не выдается. <i>Вопросы (задание):</i> 3. Какие нормативные документы определяют порядок льготного лекарственного обеспечения детей раннего возраста? Приведите перечень нормативных документов.
ПК-11	202.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской организации.
	203.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. Вопросы (задание): 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской ор-ганизации. На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение гр. П. о признании незаконным отказ врача педиатра А. в выдаче заключения о допуске ее несовершеннолетнего ребенка в детское дошкольное учреждение. При оформлении медицинской документации для посещения ребенком детского сада врачом педиатром А. предложено пройти осмотр у врача фтизиатра и представить справку об отсутствии заболевания туберкулезом в связи с тем, что мать отказалась от прививки ребенку от туберкулеза и от пробы Манту. Гр. П. считает отказ врача незаконным, поскольку нарушает ее право как родителя несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также право ее несовершеннолетнего ребенка на получение образования. Вопросы (задание): 1. Приведите правовое обоснование действий врача педиатра.
	204.	В детскую городскую больницу бригадой скорой помощи доставлен 10-летний ребенок с острым аппендицитом. Ребенку требовалось проведение срочной операции. Родители ребенка от операции отказались, сославшись на свои религиозные убеждения. Врачи не стали делать операцию. Ребенок умер от перитонита. <i>Вопросы (задание):</i> · Правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка? · Дайте правовое обоснование ответа.
ПК-2	205.	Женщина до 12 декабря находилась в частично оплачиваемом отпуске за ребенком до 3-х лет. 9 декабря она обратилась с заболевшим ребенком к педиатру. Диагноз: ОРВИ. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Какой документ по уходу за больным ребенком и с какого числа будет выдан матери? Из перечисленных ниже вариантов

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		выберите правильный ответ и дайте обоснование: ☐ никакого документа; ☐ листок нетрудоспособности с 9 декабря; ☐ листок нетрудоспособности с 13 декабря; ☐ справка установленной формы.
ПК-6	206.	В средней школе № 50 во время проведения плановой вакцинации против гриппа школьнику была сделана прививка. Через 4 часа после возвращения домой из школы состояние его здоровья ухудшилось: поднялась температура тела до 38°C, появилась слабость, сонливость, уртикарная сыпь по всему телу. Мать была напугана этими проявлениями, т.к. знала, что в детстве у сына была аллергическая реакция на компоненты вакцины, поэтому согласия на вакцинацию не давала. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Можно ли было проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей? 2. Имел ли право 14-летний ребенок дать информированное добровольное согласие?
ПК-4	207.	В территориальный фонд Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения 10.10.2014 г. поступила жалоба от гр. Е. на действия врачей детской поликлиники, отказавших её дочери в вакцинации от туберкулеза. Проведена проверка. В действиях участкового педиатра установлена методическая ошибка при допуске ребёнка к ревакцинации. Жалоба признана частично обоснованной. <i>Вопросы (задание):</i> 6. На основании какого нормативно-правового акта рассматриваются обращения граждан (жалобы) на некачественное оказание медицинской помощи? 7. В какие сроки должны рассматриваться обращения граждан (жалобы)? 8. К какому виду контроля относится проверка качества оказания медицинской помощи территориальным органом

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		здравоохранения? Кем осуществляется 1 уровень ведомственного контроля? 10. Каковы действия руководителя медицинского учреждения по результатам проверки?
	208.	В детскую городскую больницу поступил ребенок 11 лет, доставленный после падения с окна 2-го этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Медицинскому персоналу требовалось сделать срочное переливание крови, однако родители не дали согласие на данное медицинское вмешательство, аргументируя это тем, что боятся заражения своего ребенка ВИЧ-инфекцией. Врачи, проинформировав родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери. Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика? Опишите алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребенка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией - 16 лет) от медицинского вмешательства.
	209.	Молодого человека, 17 лет, сбила автомашина, в результате он получил ушиб голени с подозрением на перелом. Приехавший врач «скорой помощи» попросил представить медицинский полис. Так как его не оказалось, врач, не оказав медицинскую помощь, уехал. Молодой человек обратился с жалобой в суд. О каком нарушении положения закона идет речь? Обоснуйте.
ПК-4	210.	Больной шизофренией, 16 лет, заболел инфекционным заболеванием неясной этиологии, в связи с чем соседи по коммунальной квартире обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Несмотря на то, что сам больной и его родственники были против госпитализации, фельдшер скорой помощи с этим не посчитался. Есть ли в его действиях правовое нарушение? В каких нормативных документах оно изложено?
	211.	Численность населения города Б. за отчетный период составила 56 000 человек. Детей до 14 лет 13 975. Демографические показатели за год (абс. величины): · Рождаемость – 698 · Смертность (общая) – 860

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		· Детская смертность (до 14 лет) – 13 <u>Вопросы:</u> 1. Рассчитайте демографические показатели
ПК-10	212.	Внешний контроль качества медицинской помощи осуществляется системно. В его проведении принимают участие несколько субъектов. Вопросы (задание): 1. Из перечисленных ниже организаций выберите относящиеся к субъектам внешнего контроля качества медицинской помощи: • лицензионная комиссия; • орган социального страхования; • общество защиты прав потребителей; • страховщик; • страхователь; • профессиональная медицинская ассоциация; • орган стандартизации.
ПК-10	213.	☐ Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: ☐ заведующий отделением; ☐ заместитель главного врача по экспертизе качества; ☐ главный специалист; ☐ эксперт страховой медицинской организации.
ПК-10	214.	В настоящее время контроль качества медицинской помощи осуществляется системно: с позиций структурного, процессуального подходов и по конечному результату. <i>Вопросы (задание):</i>

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1. Выберите из представленных ниже объектов относящиеся к контролю качества медицинской помощи: ☐ ресурсное обеспечение медицинской организации (материально-техническая база, технологическая оснащенность, финансирование, квалификация кадров); ☐ противопожарная безопасность; ☐ лечебно-диагностический процесс; ☐ результаты медицинской помощи.
ПК-10	215.	Для повышения качества медицинской помощи необходимо систематическое рассмотрение результатов контроля с проведением анализа допущенных ошибок, выявлением их причин и разработкой мероприятий по их устранению. Вопросы (задание): 1. Как часто в медицинской организации должны проводиться врачебные конференции по вопросам качества медицинской помощи? Приведите обоснование выбранной периодичности: • ежемесячно; • ежеквартально; • 1 раз в полугодие; • 1 раз в год.
ПК-10	216.	Специалистами ВОЗ разработаны специальные критерии для оценки качественной медицинской помощи. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Из перечисленных ниже критериев выберите характеризующие, согласно рекомендациям ВОЗ, качественную медицинскую помощь и раскройте их суть: ☐ адекватность; ☐ технологичность;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		☐ экономичность; ☐ эффективность; ☐ управляемость.
ПК-11	217.	Мама с ребенком 10 лет обратилась в поликлинику к ЛОР-врачу 20.11.2015 г. с жалобами на боли и заложенность правого уха у ребенка в течение 5 дней. При осмотре: серная пробка obturates наружный слуховой проход правого уха, мацерация кожи, отделяемого нет. Остальные ЛОР органы без патологии. Диагноз: серная пробка правого уха. Лечение: 3% перекись водорода 3 раза в день до растворения пробки. 23.11.2015 г. обратилась к ЛОР-врачу повторно с жалобами на усиление болей в ухе, головную боль, повышение температуры до 37,5° С. При осмотре: инфильтрация и гиперемия кожи наружного слухового прохода правого уха, разбухшая серная пробка obturates наружный слуховой проход. Диагноз: правосторонний острый наружный диффузный отит, серная пробка справа. Лечение: удаление серной пробки, назначение адекватного лечения. <i>Вопросы (задание):</i> 2. Оцените качество медицинской помощи по критериям: ☐ сбор информации -расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум; ☐ диагноз -формулировка, содержание, время постановки; ☐ лечение -хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения; ☐ преемственность -обоснованность поступления, длительность лечения, перевод, содержание рекомендаций. 2. Дайте экспертное заключение и выявите наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	218.	В инфекционное отделение областной детской клинической больницы за отчетный период было госпитализировано 1150 детей, в т.ч. с острой дизентерией – 250, токсической диспепсией – 500, колитом – 400 человек. Вопросы (задание): Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта
	219.	При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). <i>Вопросы (задание):</i> 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?
Педиатрия		
ПК-5	220.	Жалобы (со слов матери): на приступообразный кашель, рвоту после кашля. Анамнез заболевания: Ребенок в возрасте 3 месяца поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		периодически заканчивался рвотой. Известно, что в семье у его бабушки в течение 3 недель отмечался кашель. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки при этом периодически приступ заканчивался рвотой. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. <i>На рентгенограмме:</i> усиление сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. <i>При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки -</i> обнаружена палочка <i>Haemophilus pertussis</i>. <i>Общий анализ крови:</i> НБ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30,0 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я-20%, л-70%, м - 7%; СОЭ-3 мм/час. Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез заболевания. Назовите источник заражения. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз и проведите дифференциальный диагноз с пневмонией. Назначьте лечение. Проведите противоэпидемические мероприятия.
ПК-12	221.	Жалобы: на длительный субфебрилитет, увеличение лимфоузлов, слабость, мышечные боли. Анамнез заболевания: Девочка 5 лет, заболела остро с повышения температуры тела $38,5^{\circ}C$, головной боли,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	слабости, снижения аппетита, мышечных болей. На 8-й день болезни температура сохранялась субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В доме есть кошка и собака. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 ударов в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. На фоне лечения температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Серологическое исследование методом ИФА: ◆ анти-CMV IgG (+), IgM (-); ◆ анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); ◆ анти-TOXO IgG (-), анти-TOXO IgM (+). <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$/л, Лейк $5,6 \times 10^9$/л; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - светло-желтый; прозрачность – полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з. Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез данного заболевания. Предполагаемый источник инфекции. Дайте характеристику возбудителя. Оцените результаты лабораторных исследований. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному? Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями. Назначьте лечение. Профилактические мероприятия.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-3	222.	Жалобы: на повышение температуры, боли в горле при глотании, заложенность носа. Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, больна в течение недели: заболевание началось с заложенности носа, повышения температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах - сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,89, Лейк. - $10,0 \times 10^9$/л; п/я-8%, с/я- 13%, э - 1%, л-40%, м— 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. <i>Положительная реакция Гофф-Бауэра.</i> Задание Поставьте клинический диагноз согласно классификации. На основании каких симптомов поставлен диагноз Этиопатогенез заболевания. Характеристика возбудителя. Оцените клинический анализ крови. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. Назначьте лечение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	223.	Жалобы: на высокую температуру, сильные головные боли, рвоту. Анамнез заболевания: Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня — кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом грипп, тяжелой степени, токсическая форма. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела; 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии, Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены; реакция на свет вялая. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10\%$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ - 30 мм/час. <i>Ликворограмма:</i> цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%. Задание Поставьте Клинический диагноз. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре? Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? Противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания
ПК-3	224.	Жалобы: на боли в горле при глотании, повышение температуры.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на BL. На фоне лечения наложения на миндалины в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяцев - АДС-М анатоксином. 1 -я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При обследовании: В посеве слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacteriumdiphth. mitis</i>. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 156 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. -1,0, Лейк. – $9,6 \times 10^9/л$; п/я-4%, с/я - 65%, б - 1%, л - 18%, м - 12%; СОЭ - 16 мм/час, Задание Поставьте диагноз. Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. Проведите дифференциальный диагноз. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? Назначьте лечение. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
ПК-3	225.	Жалобы: на повышение температуры, сыпь по всему телу. Анамнез заболевания: Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		При осмотре участковым врачом: температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность заднешейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 30%, э - 5%, л - 53%, м - 3%; плазматических клеток - 8, СОЭ - 12 мм/час. Задание Поставьте клинический диагноз. Какова этиология и патогенез предполагаемого заболевания? Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
	226.	Жалобы: на рвоту, желтушное окрашивание кожи. Мальчик 6-ти месяцев, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции. Анамнез заболевания: Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее. При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен. Число дыханий 60 в минуту, пульс - 160 ударов в мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		края реберной дуги. На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота «кофейной гущей». Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились до 0,5 см. <i>Биохимический анализ крови:</i> билирубин общий - 180 мкмоль/л, конъюгированный - 90 мкмоль/л, АлАТ - 260 Ед/л, АсАТ - 300 Ед/л; тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,5 ед., протромбиновый индекс- 15%. <i>Вирусные маркеры:</i> HBsAg - не обнаружен, anti-HbcorIgM - обнаружены, anti-HDVIgM - обнаружены, РНК HDV - обнаружена. Задание Поставьте клинический диагноз. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза? Оцените приведенные данные биохимического анализа крови. Оцените маркерный спектр. Проведите дифференциальный диагноз. Что является главным в патогенезе этой формы болезни? Назначьте лечение.
	227.	Жалобы: На боли в животе, повышение температуры, рвоту, желтуху. Анамнез заболевания: Мальчик 4 лет, заболел остро: с подъема температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача - ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие особо не страдает, аппетит удовлетворительный. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5 +2,5 +ср/3, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. <i>Биохимический анализ крови:</i> билирубин общий - 80 мкмоль/л, конъюгированный - 50 мкмоль/л, АлАТ - 1100 Ед/л, АсАТ - 830 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед., <i>Вирусные маркеры:</i> HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HAVIgM (+). <i>Данные УЗ-исследования органов брюшной полости:</i> печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа без патологии. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$/л, Лейк - $5,4 \times 10^7$/л; п/я - 2%, с/я - 49%, э - 1 %, л - 40%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - коричневый, относительная плотность - 1,017, белок - нет, глюкоза - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1—2 в п/з, желчные пигменты — (+++). Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез заболевания. Где произошло заражение ребенка и почему? Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
	228.	Участковый педиатр пришел на I патронаж к новорожденной девочке 8 дней. Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г, длина — 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери — пиело-нефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии — подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза-1,0. При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дизэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Задание к задаче по педиатрии 1. Оцените состояние ребенка на момент патронажа. 2. По какой группе здоровья будет наблюдаться данный ребенок? По развитию какой патологии он угрожаем? 3. Перечислите факторы риска. 4. Как определяется индекс отягощенности генеалогического анамнеза? Каким он должен быть в норме? 5. О чем свидетельствуют стигмы дизэмбриогенеза? 6. Каков «порог» стигматизации новорожденных? 7. Какие формы синдактилии Вы знаете? 8. Какие мероприятия следует проводить при расширении пупочного кольца? 9. Как часто следует осматривать ребенка? В консультациях каких специалистов он нуждается?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		10. Необходимы ли дополнительные обследования и в какие сроки? 11. План профилактических мероприятий. Ваши рекомендации матери ребенка. 12. Что такое вторичная профилактика, и нужна ли она в данном случае?
	229.	Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику 18 дней. Ребенок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях). В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 50 см. Оценка по шкале Апгар — 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизимом (в/м 10 дней). Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Туттели». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки. При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Задание к задаче по педиатрии 1. Оцените состояние здоровья ребенка. 2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска. 3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния. 4. Чем отличается кожа новорожденного от взрослого? 5. Каковы принципы диспансерного наблюдения в первые месяцы жизни? 6. Какова наиболее вероятная этиология пиодермии? Ее лечение. 7. Перечислите наиболее ранние и частые симптомы развития септического процесса у новорожденных. 8. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери? 9. Как ухаживать за здоровой кожей новорожденного? 10. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра. 11. Можно ли проводить ребенку иммунизацию и в какие сроки? 12. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
	230.	Первый патронаж к мальчику 13 дней. Ребенок от 2-й беременности (предыдущая закончилась рождением здорового ребенка). В 1 триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась сульфадиметоксином, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной — 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС, дефект межжелудочковой перегородки, НК. Выписан на педиатрический участок на 12-е сутки с рекомендациями кардиолога. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, грудь сосет активно. Кожа и слизистые оболочки чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		большую часть систолы, с р.мах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над легочной артерией. ЧСС — 126 ударов в мин, при нагрузке — до 140 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые. Задание к задаче по педиатрии 1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? 2. Динамическое наблюдение педиатром на участке. 3. Совместно с каким специалистом должен наблюдаться ребенок? 4. Какая лечебная тактика может быть применена к данному пациенту? 5. Особенности проведения профилактических мероприятий в данном случае. 6. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении. 7. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденного. 8. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на легочной артерии при данной патологии? 9. Объясните происхождение III и IV тонов сердца. 10. Перечислите фармакологические свойства сердечных гликозидов. 11. Укажите допустимую частоту сердечных сокращений при приеме сердечных гликозидов у новорожденных. 12. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии?
ПК-2	231.	К участковому педиатру на плановый профилактический прием пришла мать с девочкой 6 месяцев. Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от II беременности, протекавшей

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина — 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь ацидофилина «Малютка», 220 мл на прием, каша 180-200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом. При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 г, длина — 67 см, окружность грудной клетки — 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1×1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей. Задание к задаче по педиатрии 1. Оцените состояние здоровья ребенка. 2. Определите группу здоровья ребенка, дайте обоснование. 3. Какие отклонения в развитии ребенка обнаружены? 4. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту? 5. Вычислите индекс Эрисмана. 6. К какой группе риска следует отнести данного ребенка? 7. Реализовались ли данные факторы риска? 8. Причины развития данной патологии у детей. 9. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации? 10. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином Д? 11. Когда планируется следующая вакцинация? 12. Особенности функциональной активности нейроэндокринной системы у детей с данной патологией.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-2	232.	Первый патронаж к новорожденной девочке 9 дней. Матери 26 лет, страдает хроническим аднекситом. Ребенок от 3-й беременности, первых родов (1-я и 2-я беременности — медицинские аборт). Настоящая беременность протекала с токсикозом на протяжении всей беременности и угрозой выкидыша в 28 недель. В 32 недели беременности мать переболела острой пневмонией (лечилась антибиотиками, травами). Роды на 39-й неделе. Девочка родилась с массой 3100 г, длиной тела — 50 см, закричала после отсасывания слизи, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. В роддоме обращали на себя внимание: некоторая вялость, адинамия, бледность кожных покровов с мраморным рисунком. Со стороны внутренних органов патологии не было выявлено. Выписана домой на 8-й день жизни с массой тела 3000 г. При осмотре: состояние удовлетворительное. Грудь сосет активно, интервалы между кормлением выдерживает. Физиологические рефлексы живые; умеренное повышение сухожильных рефлексов, мышечная дистония, тремор подбородка. Кожные покровы с мраморным рисунком; пупочная ранка сухая, чистая. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС -120 ударов в мин. Периодически срыгивает в течение суток. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул — склонность к запорам. Задание к задаче по педиатрии 1. Оцените состояние здоровья ребенка. 2. Определите группу здоровья, направленность риска. 3. Какие факторы риска реализовались? 4. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимо провести, чтобы предотвратить развитие патологических состояний? 5. Какими специалистами ребенок должен быть осмотрен?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		6. Какие дополнительные обследования необходимо провести данному ребенку? 7. Можно ли проводить профилактические прививки в установленные сроки? 8. На каких моментах вы должны сконцентрировать внимание матери, чтобы добиться быстрой реабилитации ребенка? 9. Какие соматические симптомы наблюдаются при перинатальном поражении ЦНС? 10. Какие неврологические синдромы восстановительного периода при перинатальном поражении ЦНС наблюдаются у детей первого года жизни? 11. Какие отдаленные последствия перинатальных поражений ЦНС у детей? 12. Определите тактику лечения данной группы больных при интеркуррентных заболеваниях.
ПК-12	233.	Мальчик 10 лет при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателем со дна водоема через 3 минуты в состоянии клинической смерти. После успешной первичной реанимации возобновлено дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил. К моменту прибытия реанимационной бригады службы «Скорой помощи» дыхание у ребенка стало клопочущим, с частотой 48 в мин. При осмотре: ребенок без сознания. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой рефлексы сохранены. Кожа и слизистые оболочки бледные. При аускультации над легкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 100 ударов в мин, АД — 80/40 мм рт.ст. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2. Неотложные мероприятия. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Механизм развития отека легких в данном случае. 6. Какие морфологические изменения ЦНС типичны при данном состоянии? 7. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы в данном случае. 8. Нарушение функции какой системы имеет ведущее значение в изменении состояния ребенка? 9. Вероятный прогноз? 10. Отличие в характере разветвления поражения органов и систем детского организма в зависимости от варианта утопления (в пресной или морской воде). 11. При каком уровне артериального давления введение лазикса не будет иметь эффекта? 12. Нуждается ли ребенок в помощи психолога после данного несчастного случая?
ПК-12	234.	Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Из анамнеза известно, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает. На момент осмотра: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС — 100 ударов в мин, АД — 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Инородное тело в ротоглотке не видно. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 6. Возможные осложнения. 7. Где расположена крикотиреоидная связка и каково ее значение? 8. Противопоказания для проведения трахеостомии. 9. На основании чего можно сделать выбор между экстренной эндотрахеальной интубацией и трахеостомией при наступлении полной асфиксии у пациента? 10. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае. 11. Ориентировочный диаметр эндотрахеальной трубки в данном возрасте. 12. Фармакологическое действие атропина.
ПК-12	235.	Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 минуты сознание восстановилось, и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку. Со слов педагога, девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учете. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина. К моменту прибытия «Скорой помощи» — повторная потеря сознания. При осмотре: кожные покровы бледные с цианотичным

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	оттенком. Слизистые оболочки чистые, бледные. Частота дыхания 30 в минуту. При аускультации — дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД — 70/40 мм рт.ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в минуту. Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-Р постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС — 40 ударов в минуту. Задание к задаче по педиатрии 1. Диагноз? 2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи. 3. Дальнейшая тактика. 4. Условия транспортировки. 5. Какие рекомендации необходимо дать ребенку во внеприступный период? 6. Почему у девочки в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата? 7. Что такое проводящая система сердца? Основные структурные компоненты, их функция. 8. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы у пациентки в данном случае. 9. Механизм действия атропина. 10. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки? 11. Перечислите возможные методы купирования данного состояния в случае задержки госпитализации пациентки при наличии подготовленного медицинского персонала и необходимой аппаратуры? 12. Вероятный прогноз?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-1	236.	Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются белова-Тотжелтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота — крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 186 г/л, Эр — $5,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,94, Лейк — $6,4 \times 10^9/л$, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — 4-5 в п/з, цилиндры — нет, соли — кристаллы мочевой кислоты. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л. Задание к задаче по педиатрии

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни? 3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни? 4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга? 5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога? 6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция? 7. Оцените результаты общего анализа крови. 8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога? 9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения? 10. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния? 11. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях. 12. Как следует кормить этого ребенка? 13. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного? 14. Какие периоды внутриутробного развития плода выделяют?
	237.	Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Группа крови матери A(II) Rh-положительная.</i> <i>Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.</i> <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 196 г/л, Эр — $5,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — $9,0 \times 10^9/л$, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет. <i>Биохимический анализ крови на 4-й день жизни:</i> общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, АСТ — 18 ммоль/л Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте диагноз. 2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Оцените результаты общего анализа крови. 4. Оцените результаты общего анализа мочи. 5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения? 6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного. 7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае? 8. Каков генез желтухи в данном случае? 9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного. 10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу? 11. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови? 12. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка? 13. Как кормить этого ребенка? 14. Каков прогноз для этого ребенка?
	238.	Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	самостоятельные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до+3 см и селезенки до+1,5 см. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии При дополнительном обследовании: <i>билирубин пуповинной крови</i> составил 105 мкмоль/л. В <i>биохимическом анализе крови</i> новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. <i>НЬ периферической крови</i>, определенный по cito, 149 г/л. Задание к задаче по педиатрии 1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае? 2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме. 3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза? 4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови? 5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости? 6. Каков патогенез настоящего заболевания? 7. Какие группы крови Вы знаете? 8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина? 10. Назначьте и обоснуйте лечение. 11. Как должен вскармливаться этот ребенок? 12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании? 13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания? 14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки? 15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?
	239.	Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась. При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 141 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,99, Лейк — $9,4 \times 10^9$/л, п/я — 7%, с — 53%, э — 1%, л — 32%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Биохимический анализ крови на 2-й день жизни:</i> общий белок — 54,4 г/л, билирубин: непрямой — 180 мкмоль/л, прямой — нет. Задание к задаче по педиатрии 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза? 3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования? 4. Каков патогенез выявленных клинических симптомов? 5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ребенка невропатологом? 6. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости? 7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае? 8. Как следует кормить этого ребенка? 9. Назначьте лечение. 10. Какие группы крови Вы знаете? 11. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор? 12. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда? 13. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		стационара? 14. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?
ПК-5	240.	Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) Rh-отрица-тельную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия. При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5. см, селезенка -на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 152 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты -6%, Ц.п. — 0,99, Лейк — $12,0 \times 10^9/л$, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 36%, м -8%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Группа крови</i> ребенка A(II) Rh-положительная. <i>Биохимический анализ крови</i> на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямой — 328 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСТ — 65 ед., АЛТ — 71 ед., ЩФ —

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		350 ед. Задание к задаче по педиатрии 1. О каком заболевании можно думать в данном случае? 2. Объясните патогенез данного заболевания. 3. Оцените результаты общего анализа крови. 4. Оцените результаты биохимического анализа крови. 5. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза? 6. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости? 7. Можно ли было прогнозировать развитие этого заболевания гинекологами женской консультации? 8. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему? 9. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного. 10. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии? 11. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему? 12. Назначьте лечение. 13. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки? 14. Какова тактика ведения акушерами женщины после родов?
	241.	Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	кровотечение». Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период — 15 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% — 0,3 мл, внутрь назначена эписилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пузрьное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе — ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 180 г/л, Эр — $5,4 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,94, тромб — $310,0 \times 10^9/л$, Лейк — $5,9 \times 10^9/л$, п/я — 3%, с — 51%, л — 38%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Время кровотечения по Дюке</i> — 2 минуты. <i>Время свертывания по Бюркеру:</i> начало — 3,5 минуты, конец — 7 минут. <i>Коагулограмма:</i> капиновое время — 100" (норма — 40-60"), АЧТВ -90" (норма — 40-60"), протромбиновое время по Квику — 26" (норма — 12-15"), тромбиновое время — 30" (норма — 28-32"), протромбиновый комплекс -25% <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 48,4 г/л,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		билирубин: непрямой — 196 мкмоль/л, прямой — нет, мочеви́на — 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, АСТ — 38 ед., АЛТ — 42 ед. <i>Нейросонограмма:</i> рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — до 6 мм). Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае? 3. Какие звенья гемостаза Вы знаете? 4. Оцените результаты общего анализа крови. 5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты? 6. Оцените результаты биохимического анализа крови. 7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома? 8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога? 9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга? 10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае? 11. Назначьте лечение. 12. Каков прогноз у этого ребенка? 13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни? 14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	242.	Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов — 8 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пузырьное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с непереваренными комочками. В неврологическом статусе — крик монотонный, большой родничок 2,0×2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлекс новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлекс S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 192 г/л, Эр — $5,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,98, Лейк — $12,5 \times 10^9/л$, п/я — 10%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	<i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 62,0 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 3,3 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л, фосфор — 2,32 ммоль/л. <i>Нейросонограмма</i> в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма — 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей. Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты? 3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного? 4. Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного? 5. Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного? 6. Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного. 7. Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Если «да», то какие изменения возможны? 8. Назначьте лечение. 9. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга. 10. Каков прогноз для данного больного? 11. В наблюдении каких, специалистов будет нуждаться

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		ребенок после выписки из стационара? 12. Назовите основные причины неонатальных судорог.
ПК-3	243.	Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 12 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005×2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	спинальные +. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии <i>Общий анализ крови:</i> НЬ — 221 г/л, Эр — $6,5 \times 10^{12}$/л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $8,2 \times 10^9$/л, п/я — 6%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 30%, СОЭ — 2 мм/час. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 98 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,0 ммоль/л, калий -6,0 м'моль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,05 ммоль/л. <i>Нейросонограмма:</i> немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — 6 мм). Задание к задаче по педиатрии 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете? 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга? 6. Назначьте лечение. 7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер. 8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС? 9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		10. Какие осложнения возможны? 11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства? 12. Какие осложнения возможны со стороны глаз у новорожденного, перенесшего гипоксию? 13. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?
ПК-6	244.	Новорожденный мальчик 1-х суток жизни от женщины 31 года, с неосложненным соматическим анамнезом, от I беременности, протекавшей с тяжелым гестозом в III триместре, преждевременных родов на 34 неделе гестации в головном предлежании путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гестоза у женщины (рост АД и нарастания протеинурии). Масса тела при рождении 1970 г, рост 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей и дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы. В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС рН 7,25; р СО₂ 65 мм РТ.ст. рО₂ рО₂ 35 мм РТ.ст; ВЕ -3,0 ммоль/литр Вопросы к задаче: 1.Предварительный диагноз: А. РДСН В. Внутриутробная пневмония С. Транзиторное тахипноэ 2.Основной метод лечения данного состояния? А. Антибактериальная терапия В. Введение гидрокортизона С. Введение сурфактанта 3.Дозы и метод введения сурфактанта. А. 200 мг на 2 сутки жизни эндотрахеально В. Эндотрахеально 180-200 мг/кг сутки в первые часы жизни С. 180-200 мг/кг сутки к концу третьих суток жизни
Педиатрия		
ПК-6	245.	Жалобы (со слов матери): на приступообразный кашель, рвоту после кашля. Анамнез заболевания: Ребенок в возрасте 3 месяца поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. Известно, что в семье у его дедушки в течение 3 недель отмечался кашель.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки при этом периодически приступ заканчивался рвотой. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. <i>На рентгенограмме:</i> усиление сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. <i>При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки - обнаружена палочка Haemophilus pertussis.</i> <i>Общий анализ крови:</i> НБ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30,0 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я-20%, л-70%, м - 7%; СОЭ-3 мм/час. Задание 1.Поставьте клинический диагноз. 2.Этиопатогенез заболевания. 3.Назовите источник заражения. 4.Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз и проведите дифференциальный диагноз с пневмонией. 5.Назначьте лечение. 6.Проведите противоэпидемические мероприятия.
ПК-7	246.	Жалобы: на длительный субфебрилитет, увеличение лимфоузлов, слабость, мышечные боли. Анамнез заболевания: Девочка 5 лет, заболела остро с повышения температуры тела $38,5^{\circ}C$, головной боли, слабости, снижения аппетита, мышечных болей. На 8-й день болезни температура сохранялась субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В доме

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		есть кошка и собака. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 ударов в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. На фоне лечения температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Серологическое исследование методом ИФА: ◆ анти-CMV IgG (+), IgM (-); ◆ анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); ◆ анти-TOXO IgG (-), анти-TOXO IgM (+). <i>Клинический анализ крови:</i> НБ - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк $5,6 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - светло-желтый; прозрачность – полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з. Задание 1.Поставьте клинический диагноз. 2.Этиопатогенез данного заболевания. Предполагаемый источник инфекции. Дайте характеристику возбудителя. 3.Оцените результаты лабораторных исследований. 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному? 5.Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями. 6.Назначьте лечение. Профилактические мероприятия.
ПК-3	247.	Жалобы: на повышение температуры, боли в горле при глотании, заложенность носа.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, больна в течение недели: заболевание началось с заложенности носа, повышения температуры тела до 38°C, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах - сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная. <i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,89, Лейк. - $10,0 \times 10^9/л$; п/я-8%, с/я- 13%, э - 1%, л-40%, м— 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. <i>Положительная реакция Гофф-Бауэра.</i> Задание 1.Поставьте клинический диагноз согласно классификации.На основании каких симптомов поставлен диагноз 2.Этиопатогенез заболевания. Характеристика возбудителя. 3.Оцените клинический анализ крови. 4.Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями. 5.Назначьте лечение.
ПК-3	248.	Жалобы: на высокую температуру, сильные головные боли, рвоту. Анамнез заболевания: Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня — кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом грипп, тяжелой степени, токсическая форма. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела; 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии, Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены; реакция на свет вялая. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10\%$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л. - 10%, м - 8%; СОЭ - 30 мм/час. <i>Ликворограмма:</i> цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%. Задание 1.Поставьте Клинический диагноз. 2.Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре? 3.Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. 4.Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах? 5. Противозидемические мероприятия в очаге. 6.Существует ли специфическая профилактика данного заболевания
ПК-3	249.	Жалобы: на боли в горле при глотании, повышение температуры. Анамнез заболевания: Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		BL. На фоне лечения наложения на миндалины в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр. Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяцев - АДС-М анатоксином. 1 -я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При обследовании: В посеве слизи из зева и носа на дифтерию выделена <i>Corynebacteriumdiphth. mitis</i>. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 156 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. -1,0, Лейк. – $9,6 \times 10^9/л$; п/я-4%, с/я - 65%, б - 1%, л - 18%, м - 12%; СОЭ - 16 мм/час, Задание Поставьте диагноз. Этиопатогенез заболевания. Дайте характеристику возбудителя. Проведите дифференциальный диагноз. Обязательна ли госпитализация больного ребенка? Назначьте лечение. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?
ПК-3	250.	Жалобы: на повышение температуры, сыпь по всему телу. Анамнез заболевания: Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до $38,5^{\circ}C$. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях. При осмотре участковым врачом: температура тела $37,8^{\circ}C$, увеличение и болезненность заднешейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. <i>Общий анализ крови:</i> Нб - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 30%, э - 5%, л - 53%, м - 3%; плазматических клеток - 8, СОЭ - 12 мм/час. Задание Поставьте клинический диагноз. Какова этиология и патогенез предполагаемого заболевания? Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
ПК-3	251.	Жалобы: на рвоту, желтушное окрашивание кожи. Мальчик 6-ти месяцев, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции. Анамнез заболевания: Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее. При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен. Число дыханий 60 в минуту, пульс - 160 ударов в мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота «кофейной гущей». Атония мышц. Арефлексия.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Размеры печени сократились до 0,5 см. <i>Биохимический анализ крови:</i> билирубин общий - 180 мкмоль/л, конъюгированный - 90 мкмоль/л, АлАТ - 260 Ед/л, АсАТ - 300 Ед/л; тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,5 ед., протромбиновый индекс- 15%. <i>Вирусные маркеры:</i> HBsAg - не обнаружен, anti-HbcorIgM - обнаружены, anti-HDV IgM - обнаружены, РНК HDV - обнаружена. Задание Поставьте клинический диагноз. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза? Оцените приведенные данные биохимического анализа крови. Оцените маркерный спектр. Проведите дифференциальный диагноз. Что является главным в патогенезе этой формы болезни? Назначьте лечение.
ПК-3	252.	Жалобы: На боли в животе, повышение температуры, рвоту, желтуху. Анамнез заболевания: Мальчик 4 лет, заболел остро: с подъема температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача - ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие особо не страдает, аппетит удовлетворительный. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5 +2,5 +ср/3, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>Биохимический анализ крови:</i> билирубин общий - 80 мкмоль/л, конъюгированный - 50 мкмоль/л, АлАТ - 1100 Ед/л, АсАТ - 830 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед., <i>Вирусные маркеры:</i> HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HAVIgM (+). <i>Данные УЗ-исследования органов брюшной полости:</i> печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа без патологии. <i>Клинический анализ крови:</i> НЬ - 130 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$/л, Лейк - $5,4 \times 10^7$/л; п/я - 2%, с/я - 49%, э - 1 %, л - 40%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час. <i>Общий анализ мочи:</i> цвет - коричневый, относительная плотность - 1,017, белок - нет, глюкоза - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1—2 в п/з, желчные пигменты — (+++). Задание Поставьте клинический диагноз. Этиопатогенез заболевания. Где произошло заражение ребенка и почему? Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
	253.	В районном родильном доме родился мальчик весом 2700 г. При рождении отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, поперхивание, преходящий цианоз. На 3-и сутки заподозрена атрезия пищевода, произведено контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) - на рентгенограмме отчетливо виден слепой оканчивающийся верхний отрезок пищевода, в кишечнике и

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		желудке - воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в районное хирургическое отделение общего профиля, где в экстренном порядке под местной анестезией осуществлено наложение гастростомы и начато кормление через нее. Оцените лечебную и хирургическую тактику врачей, перечислите допущенные погрешности (если они были).
Общественное здоровье и здравоохранение		
ПК-7	254.	К руководителю администрации муниципального образования «Инта» 02.12.2013 г. обратилась гр. А. в интересах сына С., 2009 г. р., ребенка-инвалида в связи с заболеванием левого глаза. Гр. А. пожаловалась руководителю муниципальной администрации, что её ребенок С. не получает лекарственные препараты по льготным рецептам, рекомендованные после лечения в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца (наименования не конкретизированы). Для подготовки аргументированного ответа руководитель администрации просит в срок до 10.12.2013 г. подготовить полную информацию по пациенту С.: право на льготное лекарственное обеспечение, схема лечения, наличие рецептов на отсроченном обслуживании, принятые меры по обеспечению необходимой медицинской продукцией. ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ» в связи с запросом администрации муниципального образования «Инта» предоставляет следующие сведения о ребенке: наблюдается врачом окулистом с февраля 2012 г.; имеет категорию ребенок-инвалид с ноября 2012 г.; по заболеванию консультируется в г. Москве в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. Направление на консультацию в г. Москве осуществляется за счет квот МЗ Республики Коми. На основании ФЗ № 178-ФЗ ребенок-инвалид С. имеет право на получение набора социальных услуг в части

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания. Из всего списка препаратов, рекомендованных специалистами НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, ребенку С. два лекарственных средства рекомендованы для постоянного применения до следующей консультации в НИИ глазных болезней, т.е. до марта 2014 г.: глазные капли «Баларпан» и глазная мазь «Вита-ПОС». Остальные лекарственные средства рекомендованы при обострении процесса и проведении противорецидивных курсов для улучшения регенерации роговицы. Назначение этих препаратов зависит от течения процесса, состояния пораженного глаза. Определение необходимости и количества этих лекарственных средств для лечения ребенка не представляется возможным заранее, но предполагается, что они понадобятся в течение ближайших месяцев. Из препаратов, рекомендованных ребенку С. при консультациях в НИИ глазных болезней имени Гельмгольца, лекарственный препарат «Ацикловир» включен в Перечень препаратов, утвержденных постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 и постановлением Правительства Республики Коми от 25.12.2012 г. № 624. Препарат неоднократно предлагался маме ребенка. Однако гр. А. требует обеспечения лекарственным препаратом «Зовиракс», который является тем же препаратом, но под торговым названием «Зовиракс» выпускается фармацевтическими фирмами Канады, Великобритании, Германии. Кроме того, вместо препаратов «Флоксал» и «Офтаквикс» в Перечне препаратов, включенных в список указанными Постановлениями, имеются аналоги «Офлоксацин» и «Левифлоксацин». На предложение замены пре-паратов аналогами, входящими в список Перечня жизненно важ-ных лекарственных препаратов, мать ребенка отвечает категори-ческим отказом. Вопросы (задание): 1. Приведите нормативные документы, обосновывающие

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		права ребенка на получение льготного лекарственного обеспечения, его порядок и условия. 2. Дайте комментарии по данному случаю.
	255.	В родильное отделение городской больницы госпитализирована женщина, 24 лет, после родов на дому, которые были приняты фельдшером ФАП. Роды многоплодные (близнецы) в сроке беременности 23 недели. Первый ребенок из близнецов родился весом 760 грамм, рост 30 см, второй ребенок родился весом 390 грамм, рост 28 см. Дети госпитализированы вместе с матерью. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, второй ребенок умер в больнице на 3-й день, прожив 83 часа, первый ребенок - на 27 день. Произведено па-тологоанатомическое вскрытие новорожденных, несмотря на письменный отказ матери от вскрытия. Вопросы (задание): 1. Можно ли считать исход беременности в сроке 23 недели родами? 2. Какие учетные документы и в каком количестве должны быть выданы матери для обращения в органы ЗАГС? 3. Кто должен заполнить эти документы в случае родов на дому? 4. Каким нормативным документом определены медицинские критерии рождения, а ребенок, родившийся весом 390 грамм, признается новорожденным? 5. Оцените правомерность действий главного врача при принятии решения о производстве вскрытия новорожденных.
ПК-4	256.	К уполномоченному по правам ребенка при губернаторе Архангельской области обратилась мать месячного малыша с жалобой на нарушение прав ребенка на льготное лекарственное обеспечение в связи с отказом участкового врача-педиатра в выписке льготного (бесплатного) рецепта на витамин «Д». При рассмотрении обращения выяснено, что ребенок Р., 12.08.2016 г.р., поступил под наблюдение медицинской организации в возрасте 7 дней. В полном объеме прошел профилактический осмотр в возрасте 1 месяц, патологии не выявлено. Находится на грудном вскармливании. Наблюдается по первой группе здоровья, физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое развитие - I группа. На приеме в месячном возрасте участковым врачом-педиатром заболеваний не выявлено, даны рекомендации по профилактике рахита: грудное вскармливание, режим № 1,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		материнский массаж и гимнастика – комплекс № 1, витамин Д - аквадетрим 500 МЕ по 1 капле 1 раз в день длительно. Маме пояснено, что бесплатный рецепт на витамин «Д» с профилактической целью не выдается. <i>Вопросы (задание):</i> 5. Какие нормативные документы определяют порядок льготного лекарственного обеспечения детей раннего возраста? Приведите перечень нормативных документов.
	257.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской организации.
ПК-4	258.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. Вопросы (задание): 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской организации. На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение гр. П. о признании незаконным отказ врача педиатра А. в выдаче заключения о допуске ее несовершеннолетнего ребенка в детское дошкольное учреждение. При оформлении медицинской документации для посещения ребенком детского сада врачом педиатром А. предложено пройти осмотр у врача фтизиатра и представить справку об отсутствии заболевания туберкулезом в связи с тем, что мать отказалась от прививки ребенку от туберкулеза и от пробы Манту. Гр. П. считает отказ врача незаконным, поскольку нарушает ее право как родителя несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также право ее несовершеннолетнего ребенка на получение образования. Вопросы (задание): 1. Приведите правовое обоснование действий врача педиатра.
	259.	В детскую городскую больницу бригадой скорой помощи доставлен 10-летний ребенок с острым аппендицитом. Ребенку требовалось проведение срочной операции. Родители ребенка от операции отказались, сославшись на свои религиозные убеждения. Врачи не стали делать операцию. Ребенок умер от перитонита.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		<i>Вопросы (задание):</i> Правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка? Дайте правовое обоснование ответа.
ПК-4	260.	Женщина до 12 декабря находилась в частично оплачиваемом отпуске за ребенком до 3-х лет. 9 декабря она обратилась с заболевшим ребенком к педиатру. Диагноз: ОРВИ. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Какой документ по уходу за больным ребенком и с какого числа будет выдан матери? Из перечисленных ниже вариантов выберите правильный ответ и дайте обоснование: ☐ никакого документа; ☐ листок нетрудоспособности с 9 декабря; ☐ листок нетрудоспособности с 13 декабря; ☐ справка установленной формы.
ПК-4	261.	В средней школе № 50 во время проведения плановой вакцинации против гриппа школьнику была сделана прививка. Через 4 часа после возвращения домой из школы состояние его здоровья ухудшилось: поднялась температура тела до 38°C, появилась слабость, сонливость, уртикарная сыпь по всему телу. Мать была напугана этими проявлениями, т.к. знала, что в детстве у сына была аллергическая реакция на компоненты вакцины, поэтому согласия на вакцинацию не давала. <i>Вопросы (задание):</i> 3. Можно ли было проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей? 4. Имел ли право 14-летний ребенок дать информированное добровольное согласие?
	262.	В территориальный фонд Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения 10.10.2014 г. поступила жалоба от гр. Е. на

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		действия врачей детской поликлиники, отказавших её дочери в вакцинации от туберкулеза. Проведена проверка. В действиях участкового педиатра установлена методическая ошибка при допуске ребёнка к ревакцинации. Жалоба признана частично обоснованной. <i>Вопросы (задание):</i> 11. На основании какого нормативно-правового акта рассматриваются обращения граждан (жалобы) на некачественное оказание медицинской помощи? 12. В какие сроки должны рассматриваться обращения граждан (жалобы)? 13. К какому виду контроля относится проверка качества оказания медицинской помощи территориальным органом здравоохранения? 4. Кем осуществляется 1 уровень ведомственного контроля? 15. Каковы действия руководителя медицинского учреждения по результатам проверки?
ПК-4	263.	В детскую городскую больницу поступил ребенок 11 лет, доставленный после падения с окна 2-го этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Медицинскому персоналу требовалось сделать срочное переливание крови, однако родители не дали согласие на данное медицинское вмешательство, аргументируя это тем, что боятся заражения своего ребенка ВИЧ-инфекцией. Врачи, проинформировав родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери. Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика? Опишите алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребенка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией - 16 лет) от медицинского вмешательства.
ПК-4	264.	Молодого человека, 17 лет, сбила автомашина, в результате он получил ушиб голени с подозрением на перелом. Приехавший врач «скорой помощи» попросил представить медицинский полис. Так как его не оказалось, врач, не оказав медицинскую помощь, уехал. Молодой человек обратился с жалобой в суд. О каком нарушении положения закона идет речь? Обоснуйте.
ПК-4	265.	Больной шизофренией, 16 лет, заболел инфекционным заболеванием неясной этиологии, в связи с чем соседи по коммунальной квартире обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Несмотря на то, что сам больной и его родственники были против госпитализации, фельдшер скорой помощи с этим не посчитался.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Есть ли в его действиях правовое нарушение? В каких нормативных документах оно изложено?
ПК-4	266.	Женщина, 22 лет, при сроке беременности 14 недель обратилась в акушерское отделение с просьбой платно провести ей искусственное прерывание беременности. Ей отказали. Почему и на каком основании?
ПК-11	267.	В акушерское отделение участковой больницы поступила гражданка, 18 лет, с осложнением после криминального аборта. Она очень переживала случившееся и просила врача сохранить в тайне ее беременность и аборт. Однако врач сообщил в ОВД района о криминальном аборте, вскоре все стало известно родителям. После выписки пациентка попала в конфликтную ситуацию в связи с тем, что диагноз стал известен ее близким. Имеется ли законное основание для обвинения медработников в разглашении врачебной тайны?
ПК-11	268.	В городском населенном пункте за отчетный период среднегодовая численность детского населения составила 10 000 человек. За прошедший год в лечебно-профилактических учреждениях города были зарегистрированы случаи острых инфекционных заболеваний у детей: в январе – 220, феврале – 230, марте – 180, апреле – 260, мае – 350, июне -600, июле -650, августе – 750, сентябре – 600, октябре – 440, ноябре – 350, декабре -250. <u>Вопросы:</u> 1. Рассчитайте ежемесячные и годовой уровни инфекционной заболеваемости детского населения города. 2. укажите, какие относительные показатели могут быть рассчитаны дополнительно.
ПК-11	269.	Гражданка С., 29 лет, доставленная по скорой помощи с диагнозом «внематочная беременность», после операции потребовала предоставить ей копию медицинской карты для обжалования действий врача, которые, по ее мнению, не приняли мер по сохранению беременности. Зав. отделением отказал в просьбе в связи с необоснованностью требований и пояснил, что копия медицинской карты может быть выдана лишь по запросу судебно – следственных органов. Имеются ли здесь нарушения прав пациента?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-4	270.	Численность населения города Б. за отчетный период составила 56 000 человек. Детей до 14 лет 13 975. Демографические показатели за год (абс. величины): · Рождаемость – 698 · Смертность (общая) – 860 · Детская смертность (до 14 лет) – 13 <u>Вопросы:</u> 1. Рассчитайте демографические показатели
ПК-4	271.	Внешний контроль качества медицинской помощи осуществляется системно. В его проведении принимают участие несколько субъектов. Вопросы (задание): 1. Из перечисленных ниже организаций выберите относящиеся к субъектам внешнего контроля качества медицинской помощи: • лицензионная комиссия; • орган социального страхования; • общество защиты прав потребителей; • страховщик; • страхователь; • профессиональная медицинская ассоциация; • орган стандартизации.
ПК-4	272.	☐ Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: ☐ заведующий отделением; ☐ заместитель главного врача по экспертизе качества;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		☐ главный специалист; ☐ эксперт страховой медицинской организации.
ПК-4	273.	В настоящее время контроль качества медицинской помощи осуществляется системно: с позиций структурного, процессуального подходов и по конечному результату. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из представленных ниже объектов относящиеся к контролю качества медицинской помощи: ☐ ресурсное обеспечение медицинской организации (материально-техническая база, технологическая оснащенность, финансирование, квалификация кадров); ☐ противопожарная безопасность; ☐ лечебно-диагностический процесс; ☐ результаты медицинской помощи.
ПК-11	274.	Для повышения качества медицинской помощи необходимо систематическое рассмотрение результатов контроля с проведением анализа допущенных ошибок, выявлением их причин и разработкой мероприятий по их устранению. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Как часто в медицинской организации должны проводиться врачебные конференции по вопросам качества медицинской помощи? Приведите обоснование выбранной периодичности: • ежемесячно; • ежеквартально; • 1 раз в полугодие; • 1 раз в год.
ПК-11	275.	Специалистами ВОЗ разработаны специальные критерии для

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		оценки качественной медицинской помощи. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Из перечисленных ниже критериев выберите характеризующие, согласно рекомендациям ВОЗ, качественную медицинскую помощь и раскройте их суть: ☐ адекватность; ☐ технологичность; ☐ экономичность; ☐ эффективность; ☐ управляемость.
ПК-10	276.	Мама с ребенком 10 лет обратилась в поликлинику к ЛОР-врачу 20.11.2015 г. с жалобами на боли и заложенность правого уха у ребенка в течение 5 дней. При осмотре: серная пробка obturates наружный слуховой проход правого уха, мацерация кожи, отделяемого нет. Остальные ЛОР органы без патологии. Диагноз: серная пробка правого уха. Лечение: 3% перекись водорода 3 раза в день до растворения пробки. 23.11.2015 г. обратилась к ЛОР-врачу повторно с жалобами на усиление болей в ухе, головную боль, повышение температуры до 37,5° С. При осмотре: инфильтрация и гиперемия кожи наружного слухового прохода правого уха, разбухшая серная пробка obturates наружный слуховой проход. Диагноз: правосторонний острый наружный диффузный отит, серная пробка справа. Лечение: удаление серной пробки, назначение адекватного лечения. <i>Вопросы (задание):</i> 3. Оцените качество медицинской помощи по критериям: ☐ сбор информации -расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум; ☐ диагноз -формулировка, содержание, время постановки;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		☐ лечение -хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения; ☐ преемственность -обоснованность поступления, длительность лечения, перевод, содержание рекомендаций. 3. Дайте экспертное заключение и выявите наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания.
ПК-3	277.	В инфекционное отделение областной детской клинической больницы за отчетный период было госпитализировано 1150 детей, в т.ч. с острой дизентерией – 250, токсической диспепсией – 500, колитом – 400 человек. Вопросы (задание): Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта
ПК-10	278.	При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). <i>Вопросы (задание):</i> 4. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 5. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 6. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?
ПК-3	279.	Вызов на дом к ребенку 6 месяцев, в связи с жалобами матери на повышение температуры тела у ребенка до 37,7°C, рвоту, жидкий стул, появление высыпаний на коже туловища,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	верхних и нижних конечностей, в крупных складках. Анамнез жизни: ребенок от молодых здоровых родителей, 2-ой беременности, (1-я – срочные роды 3 года назад, ребенок здоров). В I триместре данной беременности у матери отмечались явления о. бронхита, лечилась сульфадиметоксином, тавегилом. Роды на 35 нед гестации. Масса тела при рождении 2360 г, длина 49 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, ребенок был переведен в специализированное отделение, обследован. Диагноз: Дефект межжелудочковой перегородки, НК0. Ребенок был выписан на педиатрический участок на 20-ые сутки жизни с рекомендациями кардиолога. При осмотре: состояние средней тяжести, от груди отказывается. Кожа бледная, цианоза нет. На коже туловища, верхних и нижних конечностей, в крупных складках диссеминированные поверхностные везикулы и пустулы, наполненные серозно-гнойным содержимым. Элементы изолированы друг от друга, окружены отечным бордюром на застойно-гиперемизованном фоне. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р. тах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над легочной артерией. ЧСС 126 уд/мин, при нагрузке до 140 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберного края. Селезенка не увеличена. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы живые. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? Какие факторы риска способствовали развитию заболевания? 3. Совместно с каким специалистом должен наблюдаться ребенок? 4. Тактика ведения: лекарственные препараты, дозировка, контроль эффективности терапии. 5. Когда следует направить ребенка на консультацию к

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		кардиохирургу? Какие существуют сроки хирургической коррекции данного порока сердца? 6. Имеются ли особенности вакцинопрофилактики в данном случае?
	280.	Жалобы: на припухлость заушной области, повышение температу-ры, болей в эпигастрии. Анамнез заболевания: Мальчик 13 лет, заболел остро: с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области около-ушной железы справа, бо-лей при жевании. Жаловался на боли в жи-воте в области эпигастрии. Че-рез 2 дня появилась припухлость и бо-лезненность в области левой около-ушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на бо-ли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитали-зирован. При осмотре: Состояние средней тяжести, температура тела - 39°C. Кожные покровы горячие на ощупь. Продолжают беспокоить боли при жевании. Обе околоушные железы увеличены. Гиперемия сли-зистых ротовой полости. Положительный симптом Мурсона. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гипе-ремирована. По другим органам - без особенно-стей. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - 4,3x10¹²/л, Ц.п. - 0,95, Лейк. - 8,2x10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 63%, л - 21%, м - 12%; плазм, клетки - 1%, СОЭ-8 мм/час. В посевах слизи из ротоглотки патогенная микрофлора не обнару-жена. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, плотность - 1020, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты – единицы 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Этиопатогенез данного заболевания. 3. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этио-логии заболевания? Проведите

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		дифференциальный диа-гноз. 4. Поражение каких других органов (систем) возможно при дан-ном за-болевании и какие осложнения возможны при данном заболевании? 5. Назначьте лечение. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?
	281.	Жалобы: на повышение температуры, высыпания на теле. Анамнез заболевания: Мальчик 3 лет посещает детский сад. Заболел остро: с подъема тем-пературы тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятни-сто-папулезной сыпи сформировались в вези-кулы, заполненные про-зрачным содержимым. В последующие два дня температура тела 38°C, сыпь на тех же уча-стках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой обо-лочке полости рта. Поступил в стационар на четвертый день болезни в тяжелом состо-янии: температура тела - 40°C, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая бо-лезненность. Пульс 140 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - 4,4x 10¹²/л, Ц.п. - 0,95, Лейк -17,5x10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 82%, э - 1%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Этиопатогенез заболевания. 3. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в об-ласти спины?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4. Назначьте лечение. 5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детском саду и в семье, где есть еще ребенок 5 лет? Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?
Педиатрия		
ПК-11	282.	К ребенку 4 лет вызвана бригада «Скорой помощи». <u>Анамнез:</u> Ребенок болен в течение суток. Температура тела 39°C, боли в горле. Ночью боли в горле усилились, особенно при глотании, появилось затруднение дыхания. <u>При осмотре:</u> ребенок беспокойный, сознание ясное, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Поза «треножника». Голос тихий, разговаривает с трудом, слюнотечение. Кожа чистая, бледная, преходящий цианоз. Носовое дыхание свободное. Отек и гиперемия надгортанника, который хорошо виден при отдавлении корня языка. Температура тела 38,8°C. ЧД 40 в 1 минуту. АД 95/50 мм. рт. ст. ЧСС 140 уд/мин. SatO2 89%. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Наиболее вероятная этиология заболевания. 3. Тактика и алгоритм неотложной помощи. 4. Показания для госпитализации. 5. Дальнейшая тактика обследования и лечения в условиях стационара.
	283.	К девочке 12 лет вызвана бригада «Скорой помощи». Ребенок жалуется на нехватку воздуха и затруднение дыхания на выдохе. <u>Анамнез заболевания:</u> подобные приступы у девочки отмечались неоднократно и обычно снимались 26 дозами ингаляций сальбутамола. Два года назад на фоне похожего приступа была остановка дыхания. В течение последнего года

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		получает флутиказон с помощью ДАИ в дозе 500 мкг 2 раза в день. Настоящий приступ продолжается 14 часов. Ингаляции сальбутамола каждые 4 часа в дозе 200-400 мкг должного эффекта не дали. 2 часа назад проведена ингаляция через небулайзер с беродуалом в дозе 1,5 мл. <u>При осмотре:</u> температура тела 36,4°C. Девочка в сознании, на вопросы отвечает замедленно, головокружение, выдох резко затруднен. Положение вынужденное – ортопноэ. Кожа бледная с цианотическим оттенком. Кашель без мокроты, приступообразный. Постоянная экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно коробочный звук с участками укорочения. Аускультативно дыхание проводится неравномерно, справа в нижних отделах ослаблено. ЧД 36 в 1 минуту. Выслушиваются сухие свистящие хрипы в сочетании с разнокалиберными влажными хрипами. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110 уд/мин. АД 100/65 мм рт.ст. SatO2 90%. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Назовите ведущий патологический синдром, его патогенетический вариант. 3. Тактика и алгоритм неотложной помощи. 4. Тактика лечения возможных осложнений. 5. Дальнейшее обследование и лечение в условиях стационара.
	284.	В августе месяце, к мальчику 8 лет, лихорадящему в течение недели до 37,8 – 39,6°C, вызван участковый педиатр, который диагностировал у него грипп. Назначены симптоматические средства (жаропонижающие, деконгестанты, противокашлевые препараты). В связи с неэффективностью прово-димого лечения, родители доставили ребенка в стационар. Эпидемический анамнез: за 2 недели до настоящего заболевания мальчик отдыхал в деревне, купался в пруду, пил некипяченую воду из колодца, «па-рное» молоко. При поступлении в стационар на 8-й день болезни: ребенок вялый,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		заторможен, сонлив, отказывается от еды. Кожные покровы бледные, с элементами розеолезной сыпи на животе. Язык густо обложен налетом. Живот вздут, урчание в правой подвздошной области. Печень выступает ниже края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Стул кашицеобразный, без патологических примесей 2-3 раза в день. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Критерии диагностики. 2. Назовите наиболее информативные лабораторные исследования, подтверждающие диагноз на данном этапе заболевания. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Лечение. 5. Возможные осложнения и неотложные лечебные мероприятия. 6. Критерии выписки из стационара и допуска в школу. 7. Противоэпидемические мероприятия в семье.
	285.	К ребенку 3-х лет вызван педиатр в связи с повышением температуры тела до 38,5°C и появлением яркой сыпи в области крупных суставов (плечевых, запястных, локтевых). <u>Анамнез заболевания:</u> на 2-й день после употребления салата (из сырой капусты и моркови), хранившегося в течение дня в холодильнике, у маль-чика отмечалось повышение температуры тела 38,3°C. На следующий день появились незначительные катаральные явления, к вечеру – мелкоточечная яркая сыпь в области крупных суставов. Расстройства стула не отмечалось. <u>При осмотре:</u> состояние средней тяжести. Кожа бледная, над областью плечевых, локтевых и запястных суставов множественные элементы красной сыпи, местами сливные. Дыхание через нос слегка затруднено. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Отмечается увеличение всех групп лимфатических узлов, слегка болезненных при пальпации. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 0,5 см выступает из-под края подреберья.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Селезенка не увеличена. Стула при осмотре нет. <u>Эпидемический анамнез:</u> у родителей ребенка, которые вместе с ним ели салат, аналогичная клиническая картина заболевания, но сыпь менее выражена. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Предполагаемая этиология заболевания, какими методами её можно подтвердить? 3. Где следует искать причину и источник заболевания? 4. Тактика ведения. Показания к госпитализации. 5. Какие меры следует рекомендовать для профилактики этого заболевания?
	286.	К мальчику 12 лет вызвана бригада «Скорой помощи» в школу. <u>Анамнез заболевания:</u> после урока физкультуры ребенок внезапно почувствовал боли за грудиной, учащенные сердцебиения, тошноту и позывы к рвоте. После рвоты неприятные ощущения прошли, но через некоторое время вышеперечисленные жалобы возобновились. <u>При осмотре</u> бригадой «Скорой помощи»: ребенок в сознании, воз-бужден, испуган. Кожа бледная, цианоза нет. ЧД 32 в 1 минуту. Сердцебиения. Пульс частый, не поддается подсчету. АД 130/80 мм рт. ст. ЭКГ: ЧСС 200 уд/мин, зубец Р прослеживается в связи с комплек-сом QRS, комплекс QRS не изменен, накладывается на зубец Т. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Первая врачебная помощь в школе. 3. Тактика и алгоритм действий бригады «Скорой помощи». 4. Методы ЭКГ-диагностики в машине «Скорой помощи». 5. Уровень транспортировки. 6. Возможные осложнения и неотложная помощь при

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		развитии осложнений
	287.	К мальчику 1,5 лет вызвана бригада «Скорой помощи». Мать ребенка <u>предъявляет жалобы</u> на повышение температуры тела до 38,3°C, беспокойство, выраженную одышку. <u>Анамнез заболевания</u>: ребенок болен 2-й день. Заболевание началось с лихорадки, катаральных явлений. Участковым педиатром поставлен диагноз острого фарингита. <u>Анамнез жизни</u>: мальчик наблюдается у кардиолога в связи с врожденным пороком сердца (тетрада Фалло). Сегодня состояние ребенка резко изменилось за счет появления выраженной одышки. <u>При осмотре</u>: ребенок в сознании, резко возбужден, выражены акроцианоз и одышка. ЧД 56 в 1 минуту. Зев и задняя стенка глотки несколько гиперемированы. Перкуторный звук над легкими не изменен. Дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы. Хрипы в небольшом количестве, проводного характера. Тоны сердца приглушены. ЧСС более 180 уд/мин. Перкуторные границы сердца не изменены. АД 85/40 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Механизм развития данного ургентного состояния. 2. Какие гемодинамические расстройства характерны для пороков синего типа. 3. Тактика и алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе. 4. Уровень транспортировки. 5. Возможные осложнения, неотложная помощь при развитии осложнений.
	288.	К мальчику 1 года 3 месяцев, страдающему врожденным пороком сердца, вызвана бригада «Скорой помощи». Мать ребенка <u>предъявляется жалобы</u> на высокую

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		температуру тела у ребенка, достигающую 39°C, сильный кашель, выраженную одышку, шумное храпящее дыхание. <u>Анамнез заболевания:</u> мальчик заболел остро несколько часов назад, когда появилось повышение температуры тела до 39°C, сильный кашель, одышка, шумное дыхание, слышимое на расстоянии. <u>При осмотре:</u> состояние ребенка очень тяжелое. Выражена инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, шумное дыхание, слышимое на расстоянии. Ребенок пониженного питания, вялый, реагирует на болевые раздражители, цианоз носогубного треугольника. Выслушивается грубый систолический шум на основании сердца. ЧД 52 в 1 минуту. АД 85/50 мм рт.ст. ЧСС 150 уд/мин. SatO2 92%. Бригада «Скорой помощи» незамедлительно приступила к оказанию <u>неотложных мероприятий</u>: кислородотерапия, ингаляция адреналина через небулайзер – в дозе 2,5 мл 0,1% раствора, мониторинг ЭКГ. На фоне проводимой терапии состояние мальчика еще более ухудшилось: ЧД 24 в 1 минуту, пульс не пальпируется, быстро нарастает цианоз. Ребенок потерял сознание, на болевые раздражители реакция слабая. На ЭКГ мониторе: ЧСС 240 уд/мин, желудочковый комплекс деформирован, АД 30/0 мм рт.ст., SatO2 упала до 88%. <u>Задание:</u> 1. Поставьте диагноз. 2. Назовите ведущие патологические синдромы. 3. С чем связано ухудшение состояния ребенка на фоне неотложных мероприятий? 4. Тактика и алгоритм дальнейшей неотложной помощи. 5. Методы сердечно-легочной реанимации, применимые в данном случае. 6. Уровень транспортировки

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

289.	Вызов бригады «03» к мальчику 14 лет. <u>Жалобы</u> на сильные головные боли, головокружение, тошноту, похолодание стоп, сердцебиение после психоэмоционального стресса (ссора со сверстниками). Данный приступ отмечается впервые. <u>Анамнез заболевания:</u> у ребенка несколько раз отмечались эпизоды повы-шения АД до 140/90 мм рт.ст. Не обследовался, лечения не получал. <u>Семейный анамнез:</u> мать и отец ребенка страдают гипертонической болезнью. <u>При осмотре:</u> состояние ребенка средней тяжести. Выражена разлитая бледность кожи. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 24 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, учащены. ЧСС 106 уд/мин. Перкуторно границы сердца не изменены. Живот мягкий, безболез-ненный. Печень и селезенка не увеличены. АД 180/100 мм рт.ст. Симптомы Брудинского, Бабинского, Кернига отрицательные. Дизурических явлений нет. Температура тела 36,7°C. На ЭКГ: синусовая тахикардия. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Механизм развития данного приступа. 3. Тактика и алгоритм неотложной помощи. Уровень транспортировки. 4. Дальнейшая тактика обследования и лечения в условиях стационара. 5. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.
290.	Мальчик 10 лет при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателем со дна водоема через 3 минуты в состоянии клинической смерти. Первичная реанимация оказалась успешной: возобновлено дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил. К моменту прибытия реанимационной бригады «Скорой помощи»: дыхание у ребенка стало клочущим, ЧД 48 в 1

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		минуту. При аускультации в легких с обеих сторон выслушивается масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 уд/мин. АД 80/40 мм рт.ст. Без сознания, периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой рефлексы сохранены. <u>Задание:</u> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Различия утопления в пресной и морской воде. 3. Первичная сердечно-легочная реанимация. 4. Тактика и алгоритм неотложной помощи. 5. Возможные осложнения, их профилактика и лечение. 6. Уровень транспортировки.
Общественное здоровье и здравоохранение		
ПК-17	291.	В родильное отделение городской больницы госпитализирована женщина, 24 лет, после родов на дому, которые были приняты фельдшером ФАП. Роды многоплодные (двойня) в сроке беременности 23 недели. Первый ребенок из двойни родился весом 760 грамм, рост 30 см, второй ребенок родился весом 390 грамм, рост 28 см. Дети госпитализированы вместе с матерью. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, второй ребенок умер в больнице на 3-й день, прожив 83 часа, первый ребенок -на 27 день. Произведено па-тологоанатомическое вскрытие новорожденных, несмотря на письменный отказ матери от вскрытия. Вопросы (задание): 6. Можно ли считать исход беременности в сроке 23 недели родами? 7. Какие учетные документы и в каком количестве должны быть выданы матери для обращения в органы ЗАГС? 8. Кто должен заполнить эти документы в случае родов на дому?

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		9. Каким нормативным документом определены медицинские критерии рождения, а ребенок, родившийся весом 390 грамм, признается новорожденным? 10. Оцените правомерность действий главного врача при принятии решения о производстве вскрытия новорожденных.
	292.	К уполномоченному по правам ребенка при губернаторе Архангельской области обратилась мать месячного малыша с жалобой на нарушение прав ребенка на льготное лекарственное обеспечение в связи с отказом участкового врача-педиатра в выписке льготного (бесплатного) рецепта на витамин «Д». При рассмотрении обращения выяснено, что ребенок Р., 12.08.2016 г.р., поступил под наблюдение медицинской организации в возрасте 7 дней. В полном объеме прошел профилактический осмотр в возрасте 1 месяц, патологии не выявлено. Находится на грудном вскармливании. Наблюдается по первой группе здоровья, физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое развитие -1 группа. На приеме в месячном возрасте участковым врачом-педиатром заболеваний не выявлено, даны рекомендации по профилактике рахита: грудное вскармливание, режим № 1, материнский массаж и гимнастика – комплекс № 1, витамин Д - аквадетрим 500 МЕ по 1 капле 1 раз в день длительно. Маме пояснено, что бесплатный рецепт на витамин «Д» с профилактической целью не выдается. <i>Вопросы (задание):</i> 7. Какие нормативные документы определяют порядок льготного лекарственного обеспечения детей раннего возраста? Приведите перечень нормативных документов.
	293.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение от гр. В. по поводу оказания медицинской помощи ее несовершеннолетнему ребенку по профилю «оториноларингология». Гр. В., являясь законным представителем, спрашивает, почему ее ребенок не может быть принят врачом оториноларингологом на следующий день от начала заболевания. Прикрепленное к медицинской организации население составляет 22787 человек, из них детское население -6694 человека. В штате поликлиники имеется 1,5 ставки должности врача

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		оториноларинголога. Занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В поликлинике осуществляется общий прием врача оториноларинголога детского и взрослого населения в одном кабинете, что не противоречит действующим нормативно-правовым документам. Амбулаторный прием осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»». В поликлинике на плановый прием детского населения к врачу оториноларингологу можно записаться самостоятельно через Интернет (информация об этом имеется возле регистратуры), а также получить талон в регистратуре детского поликлинического отделения по направлению врача педиатра участкового. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий медицинской организации.
ПК-11	294.	На имя главного врача государственной медицинской организации поступило обращение гр. П. о признании незаконным отказ врача педиатра А. в выдаче заключения о допуске ее несовершеннолетнего ребенка в детское дошкольное учреждение. При оформлении медицинской документации для посещения ребенком детского сада врачом педиатром А. предложено пройти осмотр у врача фтизиатра и представить справку об отсутствии заболевания туберкулезом в связи с тем, что мать отказалась от прививки ребенку от туберкулеза и от пробы Манту. Гр. П. считает отказ врача незаконным, поскольку нарушает ее право как родителя несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также право ее несовершеннолетнего ребенка на получение образования. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Приведите правовое обоснование действий врача педиатра.
ПК-4	295.	В детскую городскую больницу бригадой скорой помощи доставлен 10-летний ребенок с острым аппендицитом. Ребенку требовалось проведение срочной операции. Родители ребенка от операции отказались, сославшись на свои религиозные убеждения. Врачи не стали делать операцию. Ребенок умер от перитонита. <i>Вопросы (задание):</i>

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		Правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка? Дайте правовое обоснование ответа.
ПК-2	296.	В средней школе № 50 во время проведения плановой вакцинации против гриппа школьнику была сделана прививка. Через 4 часа после возвращения домой из школы состояние его здоровья ухудшилось: поднялась температура тела до 38°C, появилась слабость, сонливость, уртикарная сыпь по всему телу. Мать была напугана этими проявлениями, т.к. знала, что в детстве у сына была аллергическая реакция на компоненты вакцины, поэтому согласия на вакцинацию не давала. <i>Вопросы (задание):</i> 3. Можно ли было проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей? 4. Имел ли право 14-летний ребенок дать информированное добровольное согласие?
ПК-11	297.	Женщина до 12 декабря находилась в частично оплачиваемом отпуске за ребенком до 3-х лет. 9 декабря она обратилась с заболевшим ребенком к педиатру. Диагноз: ОРВИ. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Какой документ по уходу за больным ребенком и с какого числа будет выдан матери? Из перечисленных ниже вариантов выберите правильный ответ и дайте обоснование: ☐ никакого документа; ☐ листок нетрудоспособности с 9 декабря; ☐ листок нетрудоспособности с 13 декабря; ☐ справка установленной формы.
ПК-4	298.	В территориальный фонд Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения 10.10.2014 г. поступила жалоба от гр. Е. на действия врачей детской поликлиники, отказавших её дочери в вакцинации от туберкулеза. Проведена проверка. В действиях участкового педиатра установлена методическая ошибка при

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		допуске ребёнка к ревакцинации. Жалоба признана частично обоснованной. <i>Вопросы (задание):</i> 16. На основании какого нормативно-правового акта рассматриваются обращения граждан (жалобы) на некачественное оказание медицинской помощи? 17. В какие сроки должны рассматриваться обращения граждан (жалобы)? 18. К какому виду контроля относится проверка качества оказания медицинской помощи территориальным органом здравоохранения? 19. Кем осуществляется 1 уровень ведомственного контроля? 20. Каковы действия руководителя медицинского учреждения по результатам проверки?
ПК-11	299.	В детскую городскую больницу поступил ребенок 11 лет, доставленный после падения с окна 2-го этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Медицинскому персоналу требовалось сделать срочное переливание крови, однако родители не дали согласие на данное медицинское вмешательство, аргументируя это тем, что боятся заражения своего ребенка ВИЧ-инфекцией. Врачи, проинформировав родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери. Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика? Опишите алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребенка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией - 16 лет) от медицинского вмешательства.
ПК-7	300.	Больной шизофренией, 16 лет, заболел инфекционным заболеванием неясной этиологии, в связи с чем соседи по коммунальной квартире обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Несмотря на то, что сам больной и его родственники были против госпитализации, фельдшер скорой помощи с этим не посчитался. Есть ли в его действиях правовое нарушение? В каких нормативных документах оно изложено?
ПК-4	301.	Молодого человека, 17 лет, сбила автомашина, в результате он получил ушиб голени с подозрением на перелом. Приехавший врач «скорой помощи» попросил представить медицинский полис. Так как его не оказалось, врач, не оказав медицинскую помощь, уехал. Молодой человек обратился с жалобой в суд. О каком нарушении положения закона идет речь? Обоснуйте.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-10	302.	Внешний контроль качества медицинской помощи осуществляется системно. В его проведении принимают участие несколько субъектов. Вопросы (задание): 1. Из перечисленных ниже организаций выберите относящиеся к субъектам внешнего контроля качества медицинской помощи: • лицензионная комиссия; • орган социального страхования; • общество защиты прав потребителей; • страховщик; • страхователь; • профессиональная медицинская ассоциация; • орган стандартизации.
ПК- 10	303.	☐ Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: ☐ заведующий отделением; ☐ заместитель главного врача по экспертизе качества; ☐ главный специалист; ☐ эксперт страховой медицинской организации.
ПК-11	304.	В настоящее время контроль качества медицинской помощи осуществляется системно: с позиций структурного, процессуального подходов и по конечному результату. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Выберите из представленных ниже объектов относящиеся к контролю качества медицинской помощи: ☐ ресурсное обеспечение медицинской организации (материаль-

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		но-техническая база, технологическая оснащенность, финансирование, квалификация кадров); ☐ противопожарная безопасность; ☐ лечебно-диагностический процесс; ☐ результаты медицинской помощи.
	305.	Специалистами ВОЗ разработаны специальные критерии для оценки качественной медицинской помощи. <i>Вопросы (задание):</i> 1. Из перечисленных ниже критериев выберите характеризующие, согласно рекомендациям ВОЗ, качественную медицинскую помощь и раскройте их суть: ☐ адекватность; ☐ технологичность; ☐ экономичность; ☐ эффективность; ☐ управляемость.
ПК-10	306.	В инфекционное отделение областной детской клинической больницы за отчетный период было госпитализировано 1150 детей, в т.ч. с острой дизентерией – 250, токсической диспепсией – 500, колитом – 400 человек. <i>Вопросы (задание):</i> 3. Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта
ПК-10	307.	При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		«Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). <i>Вопросы (задание):</i> 4. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 5. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 6. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

Критерии и шкала оценок:

«отлично» - ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями с правильным и свободным владением терминологии; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«хорошо» - ответ на вопросы задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«удовлетворительно» - ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения не полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«неудовлетворительно» - ответ на вопрос дан неправильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.3.4 задания для проверки практических навыков выпускников ординатуры, предназначенные для предъявления в процессе ГИА

Индекс компетенции	№ задания	Практический навык
ПК-5	1.	Диагностическая сводка: - при заболеваниях органов пищеварения - при заболеваниях органов кроветворения - при заболеваниях мочевыделительной системы - при заболеваниях органов дыхания - при заболеваниях периода новорожденности

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		- при заболеваниях аллергических
ПК-5	2.	-Осмотр кожных покровов, определение тургора и эластичности тканей -Оценка функции суставов -Оценка физического развития -Оценка нервно-психического развития -Оценка сердечно-сосудистой системы -Оценка мочевыделительной системы -Оценка органов кроветворения -Оценка состояния детей с экстремально-низкой массой тела -Оценка состояния новорожденных детей
ПК-5	3.	Пальпация: - костно-мышечной системы - лимфатических узлов - селезёнки - почек - печени - кишечника
ПК-5	4.	Перкуссия, аускультация: - сравнительная перкуссия лёгких - топографическая перкуссия лёгких - определение относительных границ сердца - определение размеров печени - определение размеров селезёнки
ПК-5	5.	- Определение менингеальных знаков - Определение точек проекции органов пищеварения - Определение рефлексов новорожденных - Определение патологических рефлексов детей первого года жизни - Оценка переходных состояний новорожденных детей - Оценка состояния детей с экстремально низкой массой тела
ПК-6	6.	Выписка рецепта: -антибиотиков группы макролидов -антибиотиков из группы цефалоспоринов - антибиотиков из группы аминогликозидов - гипотензивных средств - мочегонных средств - бронхолитиков - ферментных препаратов - средства улучшающие метаболизм нервной системы -противодиабетические средства

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		-антигистаминные средства -кровезаменители -ингибиторы протеолитических ферментов -кортикостероидные препараты -седативные средства - ганглиоблокаторы -антихолинэргические препараты
ПК-8	7.	Заполнение медицинской документации: • <u>Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, ф. N 025/у</u> • <u>Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, ф. N 025-1/у</u> • <u>Контрольная карта диспансерного наблюдения, ф. N 030/у</u> • <u>Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, ф. N 030-13/у</u> • <u>Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение, ф. N 070/у</u> • <u>Санаторно-курортная карта, ф. N 072/у</u> • <u>Санаторно-курортная карта для детей, ф. N 076/у</u> • <u>Медицинская справка на ребенка, выезжающего в санаторный оздоровительный лагерь, ф. N 079/у</u> • <u>Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение), ф. N 086/у</u> • <u>Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у), ф. N 086-2/у</u> • <u>Медицинская карта ортодонтического пациента, ф. N 043-1/у</u>
ПК-5	8.	Интерпретация лабораторных данных: - б/х анализ крови, - коагулограмма, -с/м жидкость - ОАК - анализ мочи -анализ мочи по Зимницкому -миелограмма - копрограмма
ПК-5	9.	Интерпретация инструментальных методов обследования: - Р-ГРАФИЯ органов грудной клетки (пневмония, ателектаз

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		легкого, эмфизема, абсцесс легкого, инородное тело легкого) - ЭКГ (синусовая тахикардия, синусовая аритмия, синоаурикулярная блокада, атриовентрикулярная блокада, экстрасистолия,

Критерии и шкала оценки:

«отлично» - ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и прочее), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

«хорошо» - ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания, противопоказания, возможные осложнения, нормативы и прочее), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

«удовлетворительно» - ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и прочее), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем.

«неудовлетворительно» - ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможные осложнений, нормативы и прочее) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

5.3.5 тесты (тестовые задания)

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
УК-1	1	1. Педагогическая наука неразрывно связана с: 1. историей искусства. 2. математикой. 3. психологией. 4. биологией. 5. физикой.
УК-1	2	11. Назовите автора разработки концепции психически здорового человека и теории человеческой мотивации: 1. А. Маслоу; + 2. К. Роджерс; 3. З.Фрейд; 4. Платоно

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-1	3	Какое из ниже приведенных определений отражает сущность обучения наиболее правильно? 1. Обучение – это передача знаний и организация опыта творческой деятельности учащихся. 2. Обучение – это организация познавательной деятельности учащихся. 3. Обучение – это два сопряженных вида деятельности преподавания и учения, направленных на решение учебных задач, в результате которых учащиеся овладевают знаниями, умениями и навыками, развивают свои личностные качества. +
УК-1	4	В профессиограмму врача не входит: 1. краткая характеристика условий и вида будущей работы выпускника. + 2. критерии и нормативы профессиональной пригодности. 3. шкалы для оценки, выстроенные на выборе молодых врачей. 4. профессиональные требования к подготовке будущих врачей. 5. смена приоритетов в целях подготовки врача
УК-1	5	Выберите из ниже перечисленных методов тот, который не характерен для педагогического исследования? 1. Тестирование 2. Интервьюирование 3. Эмпатия + 4. Анкетирование 5. Наблюдение
УК-1	6	Личность в большей степени проявляет себя через... 1. Особенность темперамента 2. Правила и нормы поведения 3. Особенности поведения в типичных ситуациях + 4. Психические состояния личности
УК-1	7	19. Системообразующим фактором психологии трудового коллектива является: 1. психологический климат; 2. организационно-управленческая структура; 3. социально-психологический характер межличностных отношений; 4. совместная трудовая деятельность. +
УК-1	8	20. К педагогическим составляющим деятельности врача не относят: 1. обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам 2. передача личного профессионального опыта коллегам 3. формирование у пациента ответственного отношения к лечению 4. участие в просветительских программах 5. обучение больных способам постановки верного диагноза. +
УК-1	9	Основными источниками информации о здоровье населения служат следующие, кроме 1) официальной информации о смертности населения +2) данных страховых компаний 3) эпидемиологической информации 4) данных мониторинга окружающей среды и здоровья 5) регистров заболеваний, несчастных случаев и травм

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-1	10	В процессе моделирования не используется принцип 1) наличие определенного структурного сходства между моделью и моделируемым 2) способность модели функционально воспроизводить некоторые состояния оригинала 3) перенос знаний с более сложной системы на более простую +4) механический перенос знаний без учета специфики самой модели и моделируемого объекта 5) использование модели для процесса абстрактно-логического познания
УК-1	11	Термин «общественное здоровье» применяется для характеристики +1) населения в целом 2) отдельной однородной группы населения 3) каждого жителя страны 4) каждого жителя региона 5) населения административно-территориальной единицы
УК-1	12	Медицина, основанная на доказательствах (доказательная медицина) появилась 1) в связи с возросшими требованиями к качеству медицинской помощи 2) с необходимостью разработки стандартов медицинской помощи 3) с ростом потребности населения в медицинской помощи 4) с удорожанием медицинской помощи +5) все верно
УК-1	13	Использование системного подхода в повседневной деятельности врача необходимо для 1) познания организма больного и личности 2) понимания проблем в отрасли здравоохранения 3) расчета экономических показателей в здравоохранении 4) верно 1,2 +5) верно 1,2,3
УК-1	14	При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы 1) исторический 2) статистический 3) экономический 4) социологический +5) все вышеперечисленные
УК-1	15	Укажите неправильный подход к децентрализации системы здравоохранения 1) деконцентрация 2) интеграция 3) делегирование +4) концентрация 5) верно 1,2
УК-1	16	Стиль деятельности, когда человек рассматривается как

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		равноправный партнер, называется: 1) попустительским. 2) авторитарным. 3) либеральным. +4) демократическим. 5) анархическим.
УК-1	17	Основные методы изучения дисциплины общественное здоровье и здравоохранение: 1) статистический 2) экспериментальный 3) исторический 4) экономический +5) все верно
УК-1	18	Общественное здоровее и здравоохранение изучает: 1) состояние здоровья отдельно взятых индивидуумов 2) состояние здоровья социальных групп населения 3) состояние здоровья населения административно-территориальных единиц 4) состояние здоровья общества в целом в связи с условиями и образом жизни +5) верно 2,3,4
УК-1	19	При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы: 1) социально-экономические 2) факторы образа жизни 3) социально-биологические факторы 4) экологические и природно-климатические факторы +5) 1,3,4
УК-1	20	Задачами дисциплины общественное здоровье и здравоохранения являются: 1) формирование навыков организации медицинского обслуживания населения 2) изучение факторов, влияющих на здоровье населения 3) уметь правильно поставить диагноз и лечить пациента +4) верно 1,2 5) верно 1,3
УК-1	21	При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы 1) исторический 2) статистический 3) экономический 4) социологический +5) все вышеперечисленные

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-1	22	Метод познания, который ограничивается регистрацией выявленных фактов психолого-педагогических исследованиях, называется: 1. наблюдением 2. формирующим экспериментом 3. констатирующим экспериментом 4. квазиэкспериментом 5. все вышеперечисленные
УК-1	23	Наиболее высокая точность результатов исследования обеспечивается при: 1. наблюдении 2. эксперименте 3. методе анализа продуктов деятельности 4. контент-анализе
УК-1	24	К методам педагогического исследования относятся 1) порицание и моральное осуждение, 2) поощрение и награждение, 3) изучение педагогической практики.
УК-1	25	Педагогическая категория "анализ" может быть истолкована как: 1. умение использовать изученный материал в вероятностных условиях 2. последовательное воспроизведение изученного материала 3. преобразование материала из одной формы выражения в другую 4. умение разбить материал на составляющие части так, чтобы ясно выступала его структура 5. действия с предметами и людьми на основе системы теоретических знаний
УК-2	26	Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют 1) четкая организация труда 2) оптимальный подбор и расстановка кадров 3) согласованность в руководстве +4) авторитарный стиль управления 5) демократический стиль управления
УК-2	27	Цикл управленческого решения включает 1) собственно принятие решения 2) реализация решения 3) исполнения решения 4) обратную связь +5) всеперечисленное

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-2	28	Реализация решений предполагает 1) юридическое оформление разработанного решения 2) разработку организационного плана действий 3) учет результатов исполнения решений +4) верно 1,2 5) верно 1,2,3
УК-2	29	Какие задачи предполагает система подготовки резерва руководителей медицинской организации? 1) выявление сотрудников организации, имеющих потенциал для занятия руководящей должности 2) приглашение молодых специалистов по окончании медицинских образовательных учреждений для занятия должности 3) подготовка сотрудников с потенциалом к работе в руководящей должности 4) верно 1,2 +5) верно 1,3
УК-2	30	Какие задачи предполагает система подготовки резерва руководителей медицинской организации? 1) выявление сотрудников организации, имеющих потенциал для занятия руководящей должности 2) приглашение молодых специалистов по окончании медицинских образовательных учреждений для занятия должности 3) подготовка сотрудников с потенциалом к работе в руководящей должности 4) верно 1,2 +5) верно 1,3
УК-2	31	Контроль управленческого решения предполагает 1) наблюдение за ходом выполнения работы 2) выявление и коррекция отклонений от ожидаемых результатов 3) возможное принятие дополнительных решений 4) информирование подчиненных о результатах исполнения решения +5) всеперечисленное
УК-2	32	Министерство здравоохранения и социального развития РФ контролирует деятельность 1) федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 2) федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 3) федеральной службы по труду и занятости +4) верно 1, 2, 3 5) нетверного ответа

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-2	33	Органы управления здравоохранением субъектов РФ подчиняются: 1) органам исполнительной власти РФ 2) органам исполнительной власти субъектов РФ 3) министерству здравоохранения и социального развития РФ +4) верно 1,2 5) верно 2, 3
УК-2	34	В РФ в настоящее время сформирована социально-экономическая модель здравоохранения 1) монополия государственная 2) бюджетно-страховая + 3) с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан 4) с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан 5) на основе частной системы здравоохранения
УК-2	35	На современном этапе развития отечественного здравоохранения каждый врач должен: 1) знать медицинское и трудовое законодательство 2) уметь четко организовывать работу подчиненного ему медицинского персонала 3) владеть элементами экономики и управления 4) знать потребность населения в различных видах медицинской помощи 5) всеверно +
УК-2	36	Право на охрану здоровья обеспечивается: 1) охраной окружающей среды 2) созданием безопасных условий труда 3) воспитанием и обучением граждан 4) производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества 5) всеперечисленное +
УК-2	37	Предмет врачебной тайны составляет: 1) сведения о состоянии пациента в период его болезни, данных обследования и назначенном лечении 2) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении + 3) информация о диагнозе, месте работы и заработной плате 4) сведения о состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении 5) нетверногоответа
УК-2	38	Модель взаимоотношений «врач-пациент», наиболее рациональная с позиции интересов пациентов: 1) «инженерно-техническая модель» - врач как специалист 2) «патерналистская модель» - врач как «духовный отец» 3) «кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента + 4) «договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент – «потребитель медицинских услуг» 5) «рыночная модель» - врач как продавец медицинских услуг, пациент

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		– покупатель медицинских услуг
УК-2	39	Функции управления включают 1) прогнозирование и планирование 2) проектирование и организацию 3) учет, контроль, анализ и регулирование 4) все вышеперечисленное + 5) все перечисленное не соответствует истине
УК-2	40	Контроль управленческого решения предполагает 1) наблюдение за ходом выполнения работы 2) выявление и коррекция отклонений от ожидаемых результатов 3) возможное принятие дополнительных решений 4) информирование подчиненных о результатах исполнения решения +5) всеперечисленное
УК-2	41	Системный подход в управлении включает следующие элементы 1) создание рациональной структуры объекта управления 2) применение рациональных механизмов управления 3) совершенствование управленческого процесса 4) определение целей, задач управления +5) всеперечисленные
УК-2	42	Децентрализация в управлении – это +1) передача прав и ответственности на другие уровни 2) предоставление подчиненному полной свободы действия 3) принятие решений на основе предложений сотрудников 4) распределение поручений между сотрудниками 5) все вышеперечисленное
УК-2	43	Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются 1) виды личного контроля руководителя 2) виды комиссионного контроля 3) виды контроля за использованием документов +4) <u>виды общественного контроля</u>
УК-2	44	Методы мотивации в управлении коллективом включают 1) содержание и условия труда 2) экономическое стимулирование 3) состояние социально-психологического климата 4) обучение, повышение квалификации +5) <u>конкуренцию</u>

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-2	45	Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют 1) четкая организация труда 2) оптимальный подбор и расстановка кадров 3) согласованность в руководстве <u>+4) низкая культура общения в коллективе</u> 5) верное все
УК-2	46	Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включает 1) работу с кадрами 2) определение целей и задач деятельности подразделений <u>+3) организация деятельности подразделений</u> 4) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей 5) контроль совместных и индивидуальных действий
УК-2	47	Какая на приведенных ниже моделей взаимоотношений «врач-пациент» является наиболее рациональной с позиции интересов пациентов? 1) «инженерно-техническая модель» - врач как специалист 2) «патерналистская модель» - врач как «духовный отец» <u>+3) «кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента</u> 4) «договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент – «потребитель медицинских услуг» 5) все верно
УК-2	48	К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии? 1) взаимоотношения врача и пациента 2) взаимоотношения врача и родственников пациента 3) взаимоотношения в медицинском коллективе 4) взаимоотношения медицинских работников и общества <u>+5) все названное</u>
УК-2	49	Является ли функцией руководителя медицинского учреждения управление этической ситуацией в коллективе <u>+1) да</u> 2) нет 3) да в исключительных ситуациях 4) нет, это является обязанностью лечащего врача 5) нет, это функция врачебной комиссии
УК-2	50	Юридическая ответственность медицинского работника может быть 1) гражданско-правовая 2) дисциплинарная 3) административная 4) уголовная

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+5) все верно
УК-3	51	1. Педагогическая наука неразрывно связана с: 1. историей искусства. 2. математикой. 3. психологией. + 4. биологией. 5. физикой.
УК-3	52	Какое из ниже приведенных определений отражает сущность обучения наиболее правильно? 1. Обучение – это передача знаний и организация опыта творческой деятельности учащихся. 2. Обучение – это организация познавательной деятельности учащихся. 3. Обучение – это два сопряженных вида деятельности преподавания и учения, направленных на решение учебных задач, в результате которых учащиеся овладевают знаниями, умениями и навыками, развивают свои личностные качества. +
УК-3	53	В профессиограмму врача не входит: 1. краткая характеристика условий и вида будущей работы выпускника. + 2. критерии и нормативы профессиональной пригодности. 3. шкалы для оценки, выстроенные на выборе молодых врачей. 4. профессиональные требования к подготовке будущих врачей. 5. смена приоритетов в целях подготовки врача
УК-3	54	Выберите из ниже перечисленных методов тот, который не характерен для педагогического исследования? 1. Тестирование 2. Интервьюирование 3. Эмпатия + 4. Анкетирование 5. Наблюдение
УК-3	55	Личность в большей степени проявляет себя через... 1. Особенности темперамента 2. Правила и нормы поведения 3. Особенности поведения в типичных ситуациях + 4. Психические состояния личности
УК-3	56	19. Системообразующим фактором психологии трудового коллектива является: 1. психологический климат; 2. организационно-управленческая структура; 3. социально-психологический характер межличностных отношений; 4. совместная трудовая деятельность. +
УК-3	57	20. К педагогическим составляющим деятельности врача не относят: 1. обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам 2. передача личного профессионального опыта коллегам 3. формирование у пациента ответственного отношения к лечению 4. участие в просветительских программах

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5. обучение больных способам постановки верного диагноза.+
УК-3	58	Основными источниками информации о здоровье населения служат следующие, кроме 1) официальной информации о смертности населения +2) данных страховых компаний 3) эпидемиологической информации 4) данных мониторинга окружающей среды и здоровья 5) регистров заболеваний, несчастных случаев и травм
УК-3	59	В процессе моделирования не используется принцип 1) наличие определенного структурного сходства между моделью и моделируемым 2) способность модели функционально воспроизводить некоторые состояния оригинала 3) перенос знаний с более сложной системы на более простую +4) механический перенос знаний без учета специфики самой модели и моделируемого объекта 5) использование модели для процесса абстрактно-логического познания
УК-3	60	Способность выполнять определенные действия с хорошим качеством и успешно справляться с деятельностью, включающей эти действия – это: А) Интеракция В) Знание С) Привычка D) Умение + Е) Навык
УК-3	61	Способность выполнять определенные действия с хорошим качеством и успешно справляться с деятельностью, включающей эти действия – это: А) Интеракция В) Знание С) Привычка D) Умение + Е) Навык
УК-3	62	Способность личности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях: А) совместимость В) лидерство + С) адаптивность D) пластичность Е) дезадаптация
УК-3	63	Способности педагога, определяющие высокие результаты в любой

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		деятельности: А) вербальные В) общие С) специальные + Д) невербальные Е) коммуникативные
УК-3	64	Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности заучивания: А) осмысленность знаний В) важность усвоения + С) эмоциональные особенности Д) трудность выполнения Е) объем материала
УК-3	65	8. Наглядные методы обучения условно можно разделить на две группы: А) Иллюстрация и демонстрация В) Беседа и демонстрация С) Семинар и наблюдение Д) Словесные и наглядные Е) Дискуссия и видеометод +
УК-3	66	7. Этап закрепления знаний и формирования умений на уроке предполагает А) Учебную рефлексию и оценку качества работы на уроке В) Систематизацию, обобщение, воспроизведение учебного материала по темам и разделам С) Подачу учебного материала с активным привлечением учащихся Д) Определение степени усвоения изученного учебного материала Е) Выработку умений и навыков применения знаний +
УК-3	67	12. Нововведение в педагогическую деятельность: А) Педагогическая инноватика В) Инновационная деятельность + С) Инновационное образование Д) Педагогическая инновация Е) Инновационное обучение

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

УК-3	68	11. Последовательность этапов процесса усвоения: А) приобретение знаний – запоминание – применения на практике В) постановка проблемы – выдвижение гипотезы – ее доказательство С) ощущение – восприятие – осознание Д) восприятие – осмысление – закрепление – применение Е) запоминание – понимание – осмысление – обобщение +
УК-3	69	10. Метод обучения: А) Способ согласованной деятельности учителя и ученика, осуществляемой в установленном порядке и определенном режиме В) Основополагающее требование к практической организации учебного процесса С) Способ совместной деятельности учителя и учащихся, направленный на решение задач обучения + Д) Управление процессом перехода от теории к практике в процессе обучения Е) Определение результативности обучения в единстве с условиями его протекания
УК-3	70	9. Тип познавательной деятельности служит основанием для классификации: А) Индуктивных и дедуктивных В) Информационно-сообщающий, объяснительный, инструктивно-практический, побуждающий метод С) Объяснительно-иллюстративных, репродуктивных, проблемного изложения, частично-поисковых и исследовательских методов Д) Словесных, наглядных и практических методов Е) Организации учебно-познавательной деятельности, стимулирования и мотивации, методы контроля и самоконтроля +
УК-3	71	6. Рассмотрение педагогических технологий как части педагогической науки соответствует..... аспекту их анализа А) Частно- научному В) Частно-описательному + С) Процессуально-описательному Д) Описательно-действенному Е) Научному
УК-3	72	Способность личности к приспособлению ко всему многообразию

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		жизни при любых условиях: А) совместимость В) лидерство + С) адаптивность D) пластичность Е) дезадаптация
УК-3	73	Способности педагога, определяющие высокие результаты в любой деятельности: А) вербальные В) общие С) специальные + D) невербальные Е) коммуникативные
УК-3	74	Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности заучивания: А) осмысленность знаний В) важность усвоения + С) эмоциональные особенности D) трудность выполнения Е) объем материала
УК-3	75	Переход внешних предметных действий во внутренние умственные: А) интериоризация В) экстериоризация С) валидность D) активизация + Е) сублимация
ПК-1	76	На сохранение и укрепление здоровья населения влияют следующие факторы 1) уровень культуры населения 2) экологические факторы среды 3) безопасные условия труда 4) сбалансированность питания +5) все вышеперечисленное
ПК-1	77	Социально-биологическая проблема медицины включает следующие вопросы 1) влияние социальных факторов на организм человека 2) изучение зависимости образа жизни и здоровья 3) изучение обеспеченности населения медицинской помощью 4) верно 1,3 +5) верно 1,2

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-1	78	Общественное здоровье это: 1) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды 2) величина, определяющая здоровье общества как целостно функционирующего организма 3) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни людей 4) самостоятельная медицинская дисциплина, изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий +5) всеверно
ПК-1	79	В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают 1) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; болезни органов дыхания +2) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления 3) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания 4) болезни системы кровообращения; новообразования; болезни органов дыхания 5) Болезни системы кровообращения, туберкулез, ВИЧ-СПИД
ПК-1	80	Процесс формирования здорового образа жизни включает 1) информирование населения о факторах риска и формирование убежденности в необходимости сохранения здоровья 2) воспитание навыков здорового образа жизни 3) снижение показателя летальности +4) верно 1,2 5) верно 1,2,3
ПК-1	81	На физическое развитие детей и подростков оказывают влияние различные факторы: 1) биологические 2) социально-экономическое 3) климатогеографические 4) верно 1,2 +5) верно 1,2,3
ПК-1	82	Скрининг как метод первичного отбора лиц, имеющих факторы риска (с заболеванием или начальными его признаками) проводится с целью: 1) углубленного и комплексного их обследования 2) формирования групп повышенного риска 3) консультации узких специалистов 4) верно 1,2 +5) верно 1, 2,3
ПК-1	83	Выберите направления в формировании здорового образа жизни 1) проведение мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска создание, 2) формирование мотивации к ведению здорового образа жизни

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3) создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физкультурой и спортом 4) верно 1,2 +5) верно 1,2,3,
ПК-1	84	Факторы риска современного общества 1) малоподвижный образ жизни 2) рост психосоциальных нагрузок 3) высокий уровень потребления лекарственных препаратов +4) верно 1,2,3 5) верно 1,2
ПК-1	85	При проведении дородового патронажа какие перинатальные факторы риска должен оценивать врач? 1. отягощенная наследственность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез 2. состояние здоровья матери и отца 3. осложнения в состоянии внутриутробного развития плода 4. социально-бытовые факторы 5. верно все +
ПК-1	86	Что нужно делать для того, чтобы снизить количество попадания нитратов в пищу нужно 1) варить овощи в большом количестве воды + 2) варить овощи в небольшом количестве воды 3) срезать кожуру более толстым слоем 4) готовить на пару 5) тушить
ПК-1	87	Какие виды из мясных продуктов нежелательно предлагать ребёнку от 1 до 3 лет ? 1) говядины 2) гуся + 3) кролика 4) конины 5) свинины
ПК-1	88	К основным задачам укрепления здоровья и профилактики заболеваний относятся, кроме: 1) снижение распространенности курения и употребления табака; 2) улучшение качества питания; 3) снижение физической активности; + 4) смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов, повышение качества жизни. 5) все перечисленное
ПК-1	89	По популярности различных форм пропаганды ЗОЖ на первом месте находятся: 1) лекции; 2) индивидуальные беседы;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3) специальная литература; 4) телевидение и художественные фильмы. + 5) консультация психологов
ПК-1	90	Повышение защитных свойств организма включает, кроме 1) оптимальный режим разных видов деятельности и отдыха; 2) рациональное питание; 3) негативное экологическое поведение;+ 4) соблюдение правил личной гигиены; 5) контроль собственного здоровья.
ПК-1	91	Общая продолжительность сна в сутки для детей 6-9 мес: 1) 15,5-16,5 ч + 2) 18-20 ч; 3) 12-13 ч; 4) 13,5-14,5 ч. 5) 8-10ч.
ПК-1	92	Выберите верное утверждение: 1) чем моложе ребенок, тем более он нуждается в сне + 2) чем старше ребенок, тем более он нуждается в сне; 3) чем моложе ребенок, тем менее он нуждается в сне. 4) от возраста не зависит продолжительность сна 5) потребность у детей во сне такая же , как у взрослых
ПК-1	93	Режим «свободного вскармливания» назначают здоровому новорожденному в возрасте: 1) с первого дня жизни + 2) старше 1 мес; 3) с 10 дня после рождения 4) не старше 3 мес; 5) не старше 6 месяцев.
ПК-1	94	Специальную подготовку детей к ДОУ рекомендуют начинать: 1) с рождения ребенка; 2) с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОУ; 3) за 6 мес до поступления в ДОУ + 4) за 2 мес до поступления в ДОУ. 5) за 10 дней до поступления ДОУ
ПК-1	95	У детей раннего возраста эмоционально-поведенческие реакции оценивают: 1) ежедневно + 2) 1 раз в 3 дня; 3) 1 раз в неделю; 4) 1 раз в месяц. 5) неврологом во время профосмотров
ПК-1	96	К постоянному противопоказанию к проведению закаливания детей в условиях ДОУ относят: 1) отставание в физическом развитии; 2) наличие невроза у ребенка; 3) постоянных противопоказаний нет +

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4) частую заболеваемость; 5) наличие хронического заболевания.
ПК-1	97	Мясное пюре при искусственном вскармливании вводят в возрасте: 1) 5 мес; 2) 6 мес + 3) 7 мес; 4) 8 мес; 5) 9 мес.
ПК-1	98	Сроки нормализации реакций при средней тяжести адаптации к ДОУ: 1) 10-20 дней; 2) 20-40 дней + 3) 60 дней; 4) 90 дней. 5) более 90 дней
ПК-1	99	Каковы правила питания для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у детей? 1) правильно рассчитывать пропорции – соотношение белков, жиров и углеводов должно быть 1:1:4 соответственно. 2) нужно увеличить количество белков и углеводов в пределах прежней порции. В здоровой порции ребенку необходимо ограничивать уровень углеводов – сладкое дозировать, употреблять сахар – 50 г в сутки. 3) не стоит пересаливать пищу – чрезмерное употребление соли грозит риском развития повышенного артериального давления. 4) исключить употребление чипсов, орешков, фаст-фуда, консервации и других запрещенных продуктов. 5) верно все перечисленное +
ПК-1	100	Специальную подготовку детей к ДОУ рекомендуют начинать: 6) с рождения ребенка; 7) с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОУ; 8) за 6 мес до поступления в ДОУ + 9) за 2 мес до поступления в ДОУ. 10) за 10 дней до поступления ДОУ
ПК-2	101	Предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление инфекционных заболеваний включает 1) программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок 2) календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям 3) проведение целевых медицинских осмотров +4) верно 1,2 5) верно 1,2,3

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-2	102	Система медицинской профилактики в РФ включает: 1) Центр медицинской профилактики 2) Центр здоровья; 3) кабинет (отделение) профилактики амбулаторно-поликлинического учреждения 4) кабинет здорового ребенка детской поликлиники; +5) все верно
ПК-2	103	Принципы деятельности центра здоровья: 1) бесплатность для каждого гражданина 2) реализуется на основе программ ДМС 3) рациональность медицинского маршрута гражданина +4) верно 1,3 5) верно 2,3 Функцией центра здоровья не является: 1) консультирование по сохранению и укреплению здоровья 2) оценка функциональных и адаптивных резервов человека 3) прогноз состояния здоровья +4) назначение необходимого обследования и лечения 5) рекомендации по коррекции питания и двигательной активности
ПК-2	104	Отделение профилактики входит в состав: 1) стационара +2) поликлиники 3) диспансера 4) родильного дома 5) перинатального центра

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-2	105	Наиболее высокий уровень заболеваемости детей отмечается в возрасте: 1) от 0 до 1 года +2) от 1 года до 3-х лет 3) от 3-х лет до 7 лет 4) от 7 лет до 10 лет 5) от 10-ти до 14 лет
ПК-2	106	Укажите основные цели диспансеризации населения: 1) оценка здоровья населения на момент обследования 2) наблюдение за прикрепленным контингентом 3) выявление потребности в специализированной медицинской помощи 4) сохранение и улучшение здоровья населения +5) все верно
ПК-2	107	Целью диспансерного наблюдения за выявленным контингентом больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях не является : 1) сохранение и улучшение здоровья 2) динамическое наблюдение 3) своевременная госпитализация 4) рекомендации по рациональному трудоустройству +5) установление группы инвалидности
ПК-2	108	К первичной профилактике не относятся: 1) меры, направленные на снижение влияния вредных факторов на организм человека

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2) проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга +3) проведение диспансерных медицинских осмотров 4) формирование здорового образа жизни 5) повышение уровня гигиенических знаний всех слоев населения
ПК-2	109	Эффективность третичной профилактики оценивается на основе показателей: 1) частота и длительность обострений 2) частота и длительность временной нетрудоспособности 3) частота и тяжесть инвалидизации 4) смертность +5) все верно
ПК-2	110	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья: 1) первой; 2) второй; +3) третьей; 4) четвертой; 5) пятой.
ПК-2	111	Какое состояние является противопоказанием к любой вакцинации: 1) Атопический дерматит в стадии стойкой ремиссии +2) Генерализованная реакция на предыдущую вакцинацию 3) Наличие аутоиммунных заболеваний в семье 4) Бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии 5) Дисбактериоз кишечника
ПК-2	112	Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми с ДЖВП после обострения составляет: 1) Не менее 1 года

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+2) Не менее 3-х лет 3) Не менее 5 лет 4) Не наблюдаются 5) верного ответа нет
ПК-2	113	Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через: 1) 2 недели; +2) 1 месяц; 3) 2 месяца; 4) 3 месяца; 5) 3,5 месяца.
ПК-2	114	К общим поствакцинальным осложнениям НЕ относят: 1) Судорожный синдром 2) Поствакцинальный энцефалит 3) Генерализованный вакцинальный процесс 4) Выраженная интоксикация +5) Кратковременное повышение температуры в первые 2 дня
ПК-2	115	К каким группам здоровья относятся больные с хронической патологией? 1) 1, 2, 3 2) 2, 3, 4 +3) 3, 4, 5 4) 1, 3, 4 5) 2, 3, 5
ПК-2	116	Длительность диспансерного наблюдения в детской поликлинике за детьми с артериальной гипертонией составляет: 1) 1 месяц 2) 1 год +3) 3 года 4) 5 лет 5) до перехода во взрослую сеть
ПК-2	117	Профилактическая работа амбулаторно-поликлинических учреждений заключается в организации: 1) дневного стационара

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+2) диспансеризации населения 3) терапевтической помощи в поликлинике и на дому 4) реабилитационной работы 5) лечебной физкультуры
ПК-2	118	Что является противопоказанием для применения живых вакцин?: 1) Частые простудные заболевания 2) Дисбактериоз кишечника +3) Иммунодефицитные состояния 4) Судороги в анамнезе 5) Синдром внезапной смерти в семье
ПК-2	119	Местная реакция на введение АКДС обычно проявляется 1) Образованием участка склеродермии +2) Незначительной болезненностью и легкой припухлостью в месте инъекции 3) Формированием микроабсцесса 4) Некротизированием участка кожи 5) Образование волдыря в месте введения
ПК-2	120	Прививку против кори, эпидпаротита и краснухи проводят в возрасте: 1) 3 месяцев 2) 4 месяцев 3) 6 месяцев +4) 1 года 5) 1,5 лет
ПК-2	121	При постановке на учет и при снятии с диспансерного учета участковым врачом составляется +1. эпикриз 2. история болезни 3. статистический талон 4. форма № 112/у
ПК-2	122	Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками детских образовательных учреждений по вопросам диспансеризации должна осуществляться через +1. отделение организации медицинской помощи в образовательных учреждениях 2. педиатрическое отделение стационара медицинского

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		учреждения 3. клиническую лабораторию медицинского учреждения 4. приёмное отделение стационара медицинского учреждения 5. все ответы верные
ПК-2	123	Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с: 1) с рождения; 2) не нужны; +3) с полутора месяцев; 4) с 2-х месяцев; 5) с 6 месяцев.
ПК-2	124	Когда необходимо провести первичный патронаж новорожденного? +1) В первые 3 дня после выписки из родильного дома 2) На 10-й день жизни 3) В возрасте 6 месяцев 4) В возрасте одного месяца 5) В возрасте 2-х месяцев
ПК-2	125	При первом патронаже к новорожденному ребенку педиатр из обменной карты родильного дома (Ф-113у) должен получить сведения о проведении следующих профилактических прививок: 1) против кори, эпидпаротита +2) против гепатита В, БЦЖ 3) против полиомиелита, АКДС 4) против пневмококковой инфекции 5) против гемофильной инфекции
ПК-3	126	Зоной заражения АХОВ называют: а) месторазлива вещества; б) территорию, на которой произошли массовые поражения людей; в) территорию заражения АХОВ в опасных для жизни людей пределах; + г) местность, представляющая опасность заражения людей АХОВ.
ПК-3	127	Глубина зоны заражения АХОВ определяется: а) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности; + б) характером местности, количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, агрегатным состоянием вещества, состоянием вертикальной устойчивости воздуха;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		в) агрегатным состоянием вещества, характером местности, степенью вертикальной устойчивости воздуха, температурой воздуха;
ПК-3	128	Очагом поражения АХОВ называют: а) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения людей; б) местность опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ; + в) территорию, подвергнувшуюся заражению АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте.
ПК-3	129	Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения АХОВ: а) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами; б) концентрация веществ в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности; в) агрегатное состояние вещества в момент аварии. внезапность выб-роса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия; + г) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.
ПК-3	130	Основные метеорологические факторы, определяющие распространение АХОВ: а) температура и влажность воздуха, осадки; б) степень вертикальной устойчивости воздуха, температура воздуха, скорость ветра; в) степень вертикальной устойчивости воздуха, влажность воздуха, скорость ветра; + г) скорость ветра, температура воздуха, температура почвы;
ПК-3	131	Величина потерь населения вследствие аварии на химически опасном объекте определяется (основные факторы): а) масштабами заражения (площадь зоны заражения), плотностью населения, степенью защиты; б) метеоусловиями, степенью защиты, площадью зоны заражения; в) наличием противогазов, количеством АХОВ и площадью их разлива, скоростью ветра; г) метеоусловиями, местом нахождения людей, наличием средств индивидуальной защиты; +
ПК-3	132	По характеру токсического воздействия аммиак относится к

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		группе веществ: а) преимущественно удушающего действия; б) преимущественно общеядовитого действия; + в) нейтропных ядов; г) обладающих удушающим и нейтропным действиями; д) метаболитических ядов.
ПК-3	133	Диоксин по характеру токсического воздействия относится к группе веществ: а) метаболитически ядов; б) нейтропных ядов; + в) удушающего действия; г) не является АХОВ.
ПК-3	134	Удушающим и общеядовитым действием обладают: а) акрилонитрил, окислы азота; б) синильная кислота, окислы азота; в) акрилонитрил, синильная кислота; + г) хлор, окислы азота; д) аммиак, диоксин.
ПК-3	135	Нейтропными ядами являются: а) фосфорорганические соединения (ФОС), сероуглерод; + б) ФОС, диоксин; в) сероуглерод, диоксин; + г) диоксин, углерод; д) ФОС, аммиак.
ПК-3	136	Очаг поражения нестойкими быстродействующими АХОВ образуется при заражении: а) синильной кислотой, акрилонитрилом, аммиаком, окисью углерода; + б) синильной кислотой, фосгеном, аммиаком, акрилонитрилом; в) не образуется; г) фосгеном, диоксином, фурфуролом, серной кислотой; д) аммиаком, диоксином, окислами азота, метилизоцианатом.
ПК-3	137	Очаг поражения нестойкими быстродействующими АХОВ образуется при заражении: а) фосгеном, хлорпикрином, азотной кислотой; б) фосгеном, синильной кислотой, азотной кислотой; в) акрилонитрилом, аммиаком, синильной кислотой; + г) окисью углерода, амилнитритом, синильной кислотой; д) не образуется.
ПК-3	138	Физическая нагрузка провоцирует развитие тяжелой интоксикации (эвакуация только лежа) при поражении веществами: а) удушающего действия;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		б)общедовитогодействия; + в)нейтропнымиядами; г) метаболическимиядами; д)прижигающегодействия.
ПК-3	139	При ликвидации аварий на химически опасных объектах, когда концентрация аммиака неизвестна, работы должны проводиться с использованием: а) противогаза; б)респиратора; + в)изолирующегопротивогаза.
ПК-3	140	При аварийном выбросе сжатого газа аммиака количественное содержание его определяется: а) попервичномуоблаку; б)повторичномуоблаку; в)по первичному и вторичному облаку. +
ПК-3	141	Внешнюю границу зоны заражения АХОВ определяет: а) среднесмертельнаяконцентрация; б)пороговаяингаляционнаятоксидоза; в)смертельнаяконцентрация; + г) предельно-допустимаяконцентрация.
ПК-3	142	Зона заражения при химической аварии наносится на карту с масштабом 1 : 250000: это значит, что 1 см на карте соответствует на местности: а) 2,5 км; б) 250 км; в) 25 км; + г) 0,4 км.
ПК-3	143	При заблаговременном прогнозировании масштабов заражения на случай аварии в расчет берется состояние атмосферы: а) конвекция; б)изотермия; в). инверсия г) верно все +
ПК-3	144	Пути поступления АХОВ в организм: а) ингаляционный; б)перкутарный; в) пероральный; + г) через незащищенные кожные покровы.
ПК-3	145	Необходимая информация для прогнозирования медико-санитарных последствий при химических авариях: а) определение глубин и площадей возможного загрязнения; +

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		б) определение концентраций АХОВ с учетом динамики их изменения в зависимости от времени; в) сведения о токсической дозе; г) степень защищенности населения; д) характеристика агрегатного состояния вещества; е) наличие факторов поражения (первичное и вторичное облако); ж) плотность населения.
ПК-3	146	Наиболее вероятный путь поступления АХОВ в организм при аварийном выбросе значительного количества малолетучего химического вещества (жидкость с температурой кипения выше температуры окружающей среды): а) ингаляционный; б) кожно-резорбтивный; в) пероральный. +
ПК-3	147	Исходные данные для прогнозирования масштабов заражения АХОВ: а) общее количество АХОВ на объекте; + б) размещение запасов АХОВ; в) количество АХОВ попавшее в окружающую среду; г) характер разлива (свободно, в "поддон" или "обваловку"); д) высота поддона или обваловки емкостей; е) степень вертикальной устойчивости атмосферы; ж) скорость ветра на высоте 10 м
ПК-3	148	Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат: а) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания; + б) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения; в) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.
ПК-3	149	Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации: а) организация эпидемиологического наблюдения; + б) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания; в) проведение экстренной и специфической профилактики; + г) оборудование изоляторов на путях эвакуации; д) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания; е) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых; ж) контроль за проведением санитарной обработки населения.
ПК-3	150	Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		а) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами; + б) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; в) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС; + г) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы; д) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.
ПК-4	151	Для изучения здоровья населения применяются методы статистического анализа 1) расчет относительных и средних величин 2) графоаналитические методы 3) методы сравнения совокупностей 4) методы выявления и оценки факторов +5) всеверно
ПК-4	152	Относительные величины это: 1) экстенсивные показатели 2) интенсивные показатели 3) показатели наглядности 4) показатели соотношения +5) все верно
ПК-4	153	Интенсивный показатель вычисляется по методике: 1) часть от целого +2) распространенность явления в продуцирующей его среде 3) распространенность явления в среде, не связанной с этим явлением 4) отношением предыдущего уровня к последующему 5) делением большего числа на меньшее
ПК-4	154	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это: +1) все заболевания, зарегистрированные за год 2) все заболевания, зарегистрированные за 3 года 3) все заболевания, зарегистрированные за 5 лет 4) заболевания, впервые выявленные в данном году 5) заболевания с утратой трудоспособности, зарегистрированные за год

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-4	155	Основными компонентами здорового образа жизни являются: 1) соблюдение правил личной гигиены 2) рациональное питание 3) устранение вредных привычек 4) регулярные занятия физической культурой и спортом +5) всеверно
ПК-4	156	Распространенность травматизма среди детей и подростков это показатель: 1) экстенсивный +2) интенсивный 3) показатель соотношения 4) показатель наглядности 5) показатель достоверности
ПК-4	157	Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах: 1) до 10 +2) от 10 до 15 3) от 15 до 20 4) от 20 до 25 5) более 25
ПК-4	158	Показатель младенческой смертности это 1) смертность детей на первой неделе жизни 2) смертность детей на первом месяце жизни 3) смертность детей первых шести месяцев жизни +4) смертность детей до года 5) смертность детей первых трех лет жизни
ПК-4	159	Перинатальная смертность включает: +1) антенатальную, интранатальную, раннюю неонатальную смертность

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		2) раннюю неонатальную, неонатальную смертность 3) раннюю неонатальную, неонатальную, постнеонатальную смертность 4) неонатальную, постнеонатальную смертность 5) антенатальную, раннюю неонатальную, постнеонатальную смертность
ПК-4	160	Укажите ведущую причину перинатальной смертности в Российской Федерации: 1) внутричерепная травма 2) асфиксия +3) синдром респираторных расстройств 4) врожденные аномалии 5) инфекции
ПК-4	161	В органы ЗАГС для регистрации младенческой смерти медицинская организация представляет: +1) медицинское свидетельство о смерти 2) выписку из истории болезни 3) историю болезни 4) протокол патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия 5) статистическая карта выбывшего из стационара
ПК-4	162	Вид статистического наблюдения при изучении рождаемости и смертности населения: 1) единовременное 2) эпидемиологическое +3) текущее 4) выборочное 5) когортное
ПК-4	163	Из перечисленных видов статистических таблиц наиболее информативной является:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1) простая 2) сложная 3) групповая +4) комбинационная 5) комплексная
ПК-4	164	При оценке достоверности разности полученных результатов исследования разность является существенной (достоверной), если при $n > 30$ величина t равна: 1) 0,5 2) 1,0 3) 1,5 +4) 2,0 5) 2,5
ПК-4	165	Наибольшее влияние на возникновение заболеваний населения оказывают: 1) организация и качество медицинской помощи 2) экологическая обстановка +3) социально-экономические условия и образ жизни населения 4) наследственность 5) климатические условия
ПК-4	166	Экстенсивные показатели применяются для определения: 1) частоты явления в совокупности (среде) +2) удельного веса части в целом (внутри одной совокупности) 3) соотношения не связанных между собой совокупностей

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4) обеспеченности населения медицинской помощью 5) динамики изучаемого явления во времени
ПК-4	167	Для экспертной оценки качества и эффективности медицинской помощи в женской консультации отобрана каждая десятая "Индивидуальная карта беременной и родильницы". Выборка является: +1) случайной 2) селективной 3) когортной 4) генеральной 5) сплошной
ПК-4	168	Для выявления зависимости между ростом и весом следует использовать: 1) коэффициент вариации +2) коэффициент корреляции 3) критерий достоверности различий 4) коэффициент регрессии 5) коэффициент стандартизации
ПК-4	169	Среди факторов, определяющих здоровье населения лидируют: 1) экологические 2) биологические +3) образ жизни 4) уровень организации медицинской помощи 5) качество и доступность медицинской помощи
ПК-4	170	Не модифицируемые факторы риска: +1) возраст и пол 2) окружность талии 3) артериальное давление 4) концентрация общего холестерина в плазме крови 5) концентрация глюкозы в плазме крови натощак
ПК-4	171	Первичные факторы риска здоровья: +1) курение, нерациональное питание, гиподинамия 2) артериальная гипертензия, гиперлипидемия, гипергликемия 3) диабет, ревматизм 4) аллергия, иммунодефициты 5) вирусный гепатит

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-4	172	Учетный документ, применяемый при изучении госпитализированной заболеваемости: 1) медицинская карта стационарного больного 2) отчет о деятельности стационара 3) сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в районе обслуживания учреждения +4) статистическая карта выбывшего из стационара 5) выписка из истории болезни
ПК-4	173	Экстренное извещение об остром инфекционном заболевании с диагнозом корь необходимо направить: 1) главврачу поликлиники 2) заведующему отделением 3) в кабинет медицинской статистики +4) в территориальный центр гигиены и эпидемиологии 5) в территориальный орган управления здравоохранением
ПК-4	174	В структуре заболеваемости детей по обращаемости за медицинской помощью на первом ранговом месте находится класс болезней 1) органов пищеварения 2) органов кровообращения +3) органов дыхания 4) нервной системы и органов чувств 5) кожи и подкожной клетчатки
ПК-4	175	Наиболее высокий уровень заболеваемости детей отмечается в возрасте: 1) от 0 до 1 года +2) от 1 года до 3-х лет 3) от 3-х лет до 7 лет

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4) от 7 лет до 10 лет 5) от 10-ти до 14 лет
ПК-5	176	На сколько групп по последней Международной классификации разделен первичный иммунодефицит ? 1) 1 2) 3 3) 5 + 4) 8 5) 10
ПК-5	177	Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД? 1) гипотиреоз 2) тиреотоксикоз + 3) гипокортицизм 4) гиперкортицизм 5) верно 1,3
ПК-5	178	Перечислите типичные для экссудативной энтеропатии изменения лабораторных показателей 1)стеаторея за счет нейтрального жира; увеличение в стуле углеводов, гиперпротеинемия 2)стеаторея за счет жирных кислот; увеличение в стуле плазменного белка, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, лимфопения.+ 3)гипергликемия;увеличение в стуле углеводов 4) гипогликемия;лимфопитоз 5)увеличение в стуле углеводов, гиперпротеинемия,гипогликемия
ПК-5	179	Укажите лабораторные признаки холестаза: повышение в крови... 1) пряомогбилирубина.+ 2) лактатдегидрогеназы; 3) непряомогбилирубина; 4) аланиовойтрансаминазы: 5) верное все
ПК-5	180	Укажите признаки цитолитического синдрома при патологии печени у детей: 1) повышение активности щелочной фосфатазы и повышение уровня прямого в крови; 2) повышение активности аланин-аминотрансферазы и аспартат-аминотрансферазы в крови;+ 3) повышение в крови гамма-глутамил- трансаминадазы и уровня белка в крови; 4) повышение уровня прямого и непрямого билирубина в крови; 5) повышение уровня холестерина в крови;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-5	181	Укажите признаки холестатического синдрома при патологии печени у детей: 1) повышение активности щелочной фосфатазы и уровня прямого билирубина в крови повышение в крови; + 2) повышение активности щелочной фосфатазы и непрямого билирубина в крови 3) повышение активности аланин-аминотрансферазы и аспартат-аминотрансферазы в крови; 4) повышение уровня прямого и непрямого билирубина в крови; 5) понижение уровня холестерина в крови;
ПК-5	182	Укажите признаки печеночно-клеточной недостаточности при патологии печени у детей: 1) повышение активности щелочной фосфатазы и уровня прямого билирубина в крови повышение в крови; 2) повышение активности аланин-аминотрансферазы и аспартат-аминотрансферазы в крови; 3) повышение уровня прямого и непрямого билирубина в крови; 4) снижение уровня альбуминов и уровня гамма-глобулинов в крови, гиперкоагуляция 5) снижение уровня альбуминов, гипокоагуляция; +
ПК-5	183	Укажите признаки портальной гипертензии 1) расширение вен пищевода; 2) расширение вен на передней брюшной стенке; 3) расширение геморроидальных вен; 4) верно 1 и 2 5) верно все +
ПК-5	184	Укажите основные нарушения обмена при синдроме Жильбера: 1) повышение активности глюкуронилтрансферазы; 2) снижение активности глюкуронилтрансферазы; 3) нарушение переноса билирубина из гепатоцитов в желчь; 4) нарушение конъюгации билирубина; 5) верно 2 и 3
ПК-5	185	Укажите, для какого заболевания характерно сочетание экзокринной недостаточности поджелудочной железы с нейтропенией и костными аномалиями: 1) муковисцидоз; 2) синдром Швахмана; + 3) синдром Дауна; 4) изолированная липазная недостаточность 5) хронический панкреатит
ПК-5	186	Перечислите основные симптомы обострения хронического

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		панкреатита: 1) боли в животе; рвота + 2) кровь в стуле; рвота 3) обесцвеченный стул; . 4) запор; 5) желтуха, диарея;
ПК-5	187	Укажите клинические проявления типичной целиакии: 1) дефицит массы тела; 2) жидкий стул; 3) увеличение живота; 4) симптомы усугубляются при приеме глютена 5) верное все +
ПК-5	188	При приеме каких продуктов может развиваться целиакии? 1) белков молока; 2) углеводов молока; 3) белки животного происхождения 4) белков злаков; + 5) углеводов злаков;
ПК-5	189	Отечность и гиперемия слизистой оболочки желудка при эзофагогастроскопии говорит о возможном диагнозе: 1) гепатит 2) эзофагогастральный рефлюкс 3) язвенная болезнь 4) гастрит + 5) может быть в норме
ПК-5	190	При синдроме острого живота положительный симптом: 1) Щеткина-Блюмберга + 2) Пастернацкого 3) Ортнера 4) Кернига 5) верно 1,3
ПК-5	191	При постгеморрагических анемиях отмечают: 1) систолический шум в проекции сердца 2) ослабление 1 тона над верхушкой 3) шум «волчка» над сосудами 4) верно 1, 3 + 5) верно 1, 2
ПК-5	192	Отсутствие в периферической крови ретикулоцитов указывает на 1) гипопластическую анемию + 2) железодефицитную анемию 3) постгеморрагическую анемию 4) тромбоцитопению 5) верно 2,3

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-5	193	Моча цвета мясных помоев характерна для: 1) Острогогломерулонефрита + 2) Пиелонефрита 3) Цистита 4) Туболопатия 5) Не характерна для заболеваний мочевыделительной системы
ПК-5	194	К экстрауренальным симптомам не относится: 1) Отеки 2) Повышение артериального давления 3) Тени под глазами 4) Гематурия + 5) Верно все
ПК-5	195	Пробы на концентрацию не отражают функциональное состояние: 1) Петли Генле 2) Дистальных канальцев 3) Собирательных трубочек 4) Проксимальных канальцев + 5) Верно все
ПК-5	196	С какой патологией связаны карликовый рост, сохранение детских пропорций тела, недоразвитие полового аппарата, отсутствие вторичных половых признаков? 1) гипотиреоз 2) тиреотоксикоз 3) гиперфункция гипофиза 4) гипофункция передней доли гипофиза + 5) верно все
ПК-5	197	При какой патологии кожа гладкая, теплая, нежная на ощупь, с гипергидрозом? 1) гипотиреоз 2) тиреотоксикоз + 3) гиперфункция гипофиза 4) гипофункция передней доли гипофиза 5) сахарный диабет
ПК-5	198	Патология какой железы проявляется расстройством роста? 1) эпифиз 2) паращитовидные железы 3) надпочечники 4) гипофиз +
ПК-5	199	Значительное снижение или отсутствие какого гормона обуславливает отсутствие роста волос на лобке? 1) кортизол 2) тестостерон + 3) адреналин

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4) альдостерон 5) верно 3,4
ПК-5	200	Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для явного сахарного диабета: 1) полидипсия 2) полиурия 3) глюкозурия 4) нормогликемия натощак 5) верно 1, 2, 3 +
ПК-6	201	Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной болезни у детей предусматривает использование: 1) антибиотиков широкого спектра действия 2) внутривенных иммуноглобулинов +3) антисекреторных средств и прокинетиков 4) нестероидных противовоспалительных средств 5) витамина D
ПК-6	202	Положительная проба с ХГ имеет диагностическую ценность в случае: a- одностороннего крипторхизма b+ двустороннего крипторхизма c- ложного крипторхизма d- анорхизма e- монорхизма
ПК-6	203	У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является a- радикальная операция b- торакоскопия c+ плевральная пункция d- дренирование с активной аспирацией e- дренирование по Бюлау
ПК-6	204	Оптимальным сроком выполнения операции меатотомии при гипоспадии является:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		a- 1-2 года b- 3-5 лет c- 6-8 лет d+ по установлении диагноза e- в пубертатном периоде
ПК-6	205	Больной 13 лет страдает варикоцеле 2 степени. Тактика лечения включает: a- наблюдение в динамике b- консервативную терапию c- операцию Иванисевича d+ операцию Иванисевича с прокрашиванием лимфатических сосудов e- операцию Винкельмана
ПК-6	206	Профилактику и лечение железодефицитной анемии проводят: 1) антибиотиками 2) парацетамолом 3) панкреатином 4) мальтофером+ 5) фесталом
ПК-6	207	Для восстановления запасов железа при наличии железодефицитной анемии терапию препаратами железа следует проводить в течение: +1) 3–6 месяцев 2) 2 месяцев 3) 2 недель 4) 3 недель 5) 5–7 дней
ПК-6	208	Основой терапии функциональных заболеваний пищеварительного тракта у детей школьного возраста является: 1) назначение биопрепаратов 2) назначение прокинетиков +3) психотерапевтическая коррекция, нормализация режима труда и отдыха, диеты 4) массаж, лечебная физкультура 5) всеперечисленное

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-6	209	Какие контрольные исследования проводятся детям с бронхиальной астмой в межприступном периоде? 1) ЭКГ 2) ФВД 3) клинический анализ крови 4) ЭКГ, ФВД, клинический анализ крови +5) ФВД, клинический анализ крови
ПК-6	210	Выберете тактику лечения при гнойном омфалите у новорожденного ребенка: 1. Антибактериальная терапия. 2. Местно мазевые повязки (м. Вишневского, левомиколь, бактробан). 3. Введение препаратов иммуноглобулина. +4. Верны все варианты 5. Верны 1 и 2.
ПК-6	211	Какие лечебные мероприятия Вы проведете при остеомиелите у новорожденного ребенка? 1. Антибактериальная терапия. 2. Местно мазевые повязки (м. Вишневского, левомиколь, бактробан). 3. Введение препаратов иммуноглобулина. +4. Верны все варианты 5. Верны 1 и 2.
ПК-6	212	Какие лечебные мероприятия Вы проведете при остеомиелите у новорожденного ребенка? 1. Антибактериальная терапия. 2. Иммобилизация. 3. Физиотерапия. 4. Назначение препаратов иммуноглобулина. + 5. Верны все варианты
ПК-6	213	Назовите основные препараты, используемые при болезни Кавасаки: 1. НПВС 2. Гамма-глобулин внутривенно. 3. Глюкокортикостероиды. +4. верны 1 и 2 5. верны все варианты
ПК-6	214	Какую группу лекарственных средств не используют при заболеваниях органов дыхания? 1. метилксантины 2. антилейкотриеновые препараты

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+3. органические нитраты 4. агонисты бета 2- адренорецепторов 5. блокаторы М-холинорецепторов
ПК-6	215	Какой из фармакологических эффектов не относится к теофиллину? 1. бронходилатация 2. вазодилатация 3. возбуждение дыхательного и сосудодвигательного центров +4. стимулируют гастро-пульмональный рефлекс 5. повышение сродства гемоглобина к кислороду
ПК-6	216	С целью улучшения мукоцилиарного клиренса НЕ применяют: 1) муколитические препараты 2) мукокорректоры 3) ингаляции физиологического раствора 4) настои отхаркивающих трав +5) мочегонные
ПК-6	217	Основным принципом лечения железодефицитных анемий является: 1) витаминотерапия витамином В1 2) витаминотерапия витамином С 3) витаминотерапия витамином К 4) использование в диетотерапии продуктов, богатых белками +5) назначение препаратов железа
ПК-6	218	Какие препараты рекомендуется использовать при тромбоцитопатиях у детей? 1. кларетин 2. трентал, агапурин 3. аспирин 4. Витамин В ₆ . 5. Рутин.+
ПК-6	219	Выберете наиболее эффективную схему эрадикационной терапии у больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: 1. Оmez + клацид+тинидазол.+ 2. Де-нол + амоксиклав + трихопол. 3. Вентер+ эритромицин + фуразолидон. 4. Фамотидин+ тетрациклин + тинидазол. 5. Лосек +сумамед.
ПК-6	220	К физиотерапии при язвенной болезни относится: 1. Трансаир 2. КВЧ

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3. Электрофорез с бромом на воротниковую зону 4. Электрофорез с новокаином на эпигастральную 5. Верны все ответы+
ПК-6	221	Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет: А) 2 – 3 часа + Б) 4 – 6 часов В) 7 – 9 часов Г) 10 – 12 часов Д) индивидуально
ПК-6	222	Основой терапии функциональных заболеваний пищеварительного тракта у детей школьного возраста является: 1) назначение биопрепаратов 2) назначение прокинетики +3) психотерапевтическая коррекция, нормализация режима труда и отдыха, диеты 4) массаж, лечебная физкультура 5) все перечисленное
ПК-6	223	Ведущую роль в лечении функциональных запоров у детей раннего возраста играет: 1) лекарственная терапия 2) физиотерапия +3) нормализация режима и коррекция диеты 4) лечебная физкультура 5) фитотерапия
ПК-6	224	Для лечения железодефицитной анемии необходимо назначить: А. Препараты железа. Б. Рациональное питание, богатое железом и животным белком. В. Аскорбиновую кислоту. Г. верны 1 и 2 Д. верны все варианты+
ПК-6	225	Выберете наиболее эффективную схему эрадикационной терапии у больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: 1. Омез + клацид+тинидазол.+ 2. Де-нол + амоксиклав + трихопол. 3. Вентер+ эритромицин + фуразолидон. 4. Фамотидин+ тетрациклин + тинидазол. 5. Лосек +сумамед.
ПК-7	226	Для защиты от ФОВ необходимо использовать

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		а) Противогаз б) Средства защиты кожи + в) Профилактический антидот г) Все перечисленное
ПК-7	227	Медико-тактическая характеристика очага ОВ и СДЯВ удушающего действия: а) Очаг: стойкий, ОВ смертельного действия, быстрого действия б) Очаг: нестойкий, ОВ смертельного и медленного действия в) Очаг: нестойкий, ОВ несмертельного и быстрого действия + г) Очаг: стойкий, ОВ несмертельного, медленного действия
ПК-7	228	Особенности этапного лечения пораженных ОВ и СДЯВ удушающего действия: а) При подозрении на поражение - обсервация 1 сутки, эвакуация только в скрытом периоде, все пораженные - носилочные, хирургическое вмешательство сокращает скрытый период. б) Существенные особенности отсутствуют. в) Пораженные являются нетранспортабельными вне зависимости от периода отека легких. + г) Умеренные дыхательные упражнения способствуют удлинению скрытого периода, в течение которого можно транспортировать пораженного.
ПК-7	229	Какие из перечисленных препаратов и процедур являются наиболее эффективными в лечении токсического отека легких: а) Глюкокортикоиды в высоких дозах. б) Внутривенное введение 20% раствора альбумина с целью повышения осмотического давления в малом круге кровообращения. в) Длительная ингаляция 100% увлажненного кислорода. + г) Кровопускание по 200-300 мл с целью "разгрузки" малого круга кровообращения.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-7	230	Какие сильнодействующие ядовитые вещества представляют наибольшую опасность при авариях (разрушениях) промышленных объектов А) Хлор, аммиак, оксиды азота и азотная кислота. Б) Продукты горения, фосген, окись углерода. + В) Метилизоцианат, синильная кислота. Г) Летучие продукты с низкой температурой кипения. Д) Серная кислота, ТЭС, нефтепродукты.
ПК-7	231	Проводится ли дегазация кожи, обмундирования пораженным, при- бывающим из очага поражения фосгеном. А) Дегазация кожи не проводится, дегазацию обмундирования надо проводить. + Б) Дегазация проводится также, как и у пораженных другими ОВ смертельного действия. + В) Дегазация не проводится. Г) Вопрос о дегазации решается в зависимости от обстановки. + Д) Кожные покровы дегазируются жидкостью ИПП, обмундирование не дегазируется.
ПК-7	232	Основная форма патологии вызываемая ОВ и СДЯВ удушающего действия А) Судороги Б) Кома + В) Отек легких Г) Сердечная недостаточность
ПК-7	233	Стойкость очага химического поражения фосгеном при благоприятных метеоусловиях составляет: А) 10 мин Б) 1 ч В) 1 сутки Г) более одних суток +
ПК-7	234	Путем проникновения в организм ОВ удушающего действия является: А) Пероральный Б) Ингаляционный + В) Перкутанный Г) Все перечисленные

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-7	235	Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат: а) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания; + б) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения; в) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.
ПК-7	236	Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации: а) организация эпидемиологического наблюдения; + б) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на ПК-инфекционные заболевания; в) проведение экстренной и специфической профилактики; г) оборудование изоляторов на путях эвакуации; + д) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания; е) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых; ж) контроль за проведением санитарной обработки населения.
ПК-7	237	Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций: а) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами; + б) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; в) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС; + г) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы; д) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.
ПК-7	238	Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС): а) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС; б) подготовка формирований в зоне ЧС; в) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами; + г) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля; д) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.
ПК-7	239	Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает: а) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты; б) оценку для внешнего и внутрен. облучения населения и персонала; + в) определение уровней радиационного загрязнения территории; г) проведение дезактивационных мероприятий. +

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-7	240	Гигиеническая диагностика при эпидемиях включает: а) определение наличия инфекционных больных, условий изоляции и лечения заболевших;+ б) проведение неспецифической профилактики; в) контроль за уровнем микробного загрязнения окружающей среды; г) проведение специфической профилактики.
ПК-7	241	Надзор за сан.-эпид. обстановкой в зоне ЧС включает следующие мероприятия: а) выдвижение оперативных групп в район ЧС;+ б) прогнозирование социально-экономических последствий ЧС; в) оценка сан.-эпид. обстановки; г) осуществление контроля за состоянием окружающей среды в зоне ЧС.
ПК-7	242	Гигиеническая диагностика в зоне стихийного бедствия предусматривает: а) получение сведений о масштабах бедствия, степени разрушения производственных и жилых зданий, коммуникаций, появлении участков загрязненной территории; б) получение данных о радиационной и химической обстановке на производственных и иных объектах;+ в) обучение населения поведению в условиях ЧС; г) получение результатов лабораторных исследований отобранных проб из окружающей среды.
ПК-7	243	Основными задачами ЦГСН в режиме ЧС являются: а) организация работ по проведению сан. гиг. мероприятий в зоне ЧС; б) организация и осуществление оперативного контроля в зоне ЧС;+ в) подготовка специалистов к действиям в условиях ЧС; г) проведение противоэпидемических мероприятий в зоне ЧС.
ПК-7	244	В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия: а) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных; + б) массивное микробное загрязнение местности; + в) немедленное появление большого числа инфекционных больных; г) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение
ПК-7	245	Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают: а) дегазация и дезактивация территории; + б) санитарную оценку района размещения; в) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		г) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.
ПК-7	246	Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает : а) надзор за размещением в ЧС спасателей;+ б) надзор за состоянием здоровья населения; в) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим; г) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия
ПК-7	247	Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением зоне ЧС предусматривает: а) контроль за безопасностью подаваемой воды; б) распределение питьевых запасов; в) проверку санитарного состояния сооружений водопровода; г) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.+
ПК-7	248	Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют и проводят следующие виды разведок: а) биологическую; + б) медицинскую; в) радиационную;+ г) сан.эпидемическую; д) химическую.
ПК-7	249	На базе ЦГСН формируются все, кроме: а) санитарно-эпидемиологические бригады; + б) бригады специализированной мед.помощи; в) санитарно-эпидемиологические бригады; г) санитарные дружины.
ПК-7	250	Основными задачами ЦГСН в в режиме повседневной деятельности не являются: а) наблюдение, оценка и прогнозирование санитарно-эпидемической обстановки; б) организация и осуществление оперативного контроля в зоне ЧС;+ в) организация работы комиссии по ЧС и санитарно-эпидемических комиссий; г) подготовка специалистов к действиям в условиях ЧС.
ПК-8	251	Медицинская реабилитация — это: а) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество; б) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество +

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		в) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах; г) все вышеперечисленное.
ПК-8	252	Вибрационный массаж показан к включению в индивидуальную программу реабилитации при: а) хронической пневмонии; + б) бронхоэктатической болезни; в) бронхиальной астме; г) вертеброгенных проявлениях остеохондроза позвоночника.
ПК-8	253	Основное отличие лечебного процесса от реабилитационного состоит в: а) использовании различных методов воздействия; + б) точке приложения мероприятий: саногенетических процессов при реабилитации и патогенетических процессов — в случае лечения; в) сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия — в подостром; г) применении различных препаратов.
ПК-8	254	Отделение реабилитации поликлиники включает подразделения: а) кабинеты врачей-специалистов; б) физиотерапевтические кабинеты; + в) кабинеты массажа, механотерапии и трудотерапии; г) кабинеты медико-реабилитационной экспертной комиссии; д) дневной стационар.
ПК-8	255	Индивидуальную программу реабилитации ребенка составляют: а) врачи-педиатры; + б) врачи-хирурги; в) врачи-реабилитологи; г) эксперты МРЭК; д) все вышеперечисленные.
ПК-8	256	Медицинские факторы реабилитационного потенциала включают все перечисленное, кроме: а) пол пациента; б) возраст пациента; в) интеллектуальный потенциал; г) особенности заболевания; д) эмоционально-волевые качества; +
ПК-8	257	Этапы медицинской реабилитации: а) лечебно-реабилитационный; + б) стационарный этап ранней медицинской реабилитации; в) амбулаторный; г) домашний; д) санаторный; е) поздней медицинской реабилитации.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-8	258	Перечислите рекомендации по немедикаментозному лечению гастроэзофагеального рефлюкса: 1) тренировка мышц брюшного пресса; избегать стягивающей живот одежды; занятие бегом; 2) снижение нагрузки на мышцы брюшного пресса; избегать стягивающей живот одежды; спать с приподнятым головным концом; исключить любые газированные напитки + 3) спать с опущенным головным концом; уменьшить в питании долю животного жира; избегать стягивающей живот одежды 3) занятие бегом; занятие плаванием; избегать стягивающей ноги обуви; спать с приподнятым головным концом; 4) занятие плаванием; тренировка мышц брюшного пресса; исключить любые газированные напитки; спать с опущенным головным концом
ПК-8	259	Основная цель медицинской реабилитации: а) восстановление человека как личности; +б) достижение полного выздоровления; в) максимальное купирование последствий болезни. г) улучшение качества жизни
ПК-8	260	Медицинская реабилитация - это: а) отдельная медицинская специальность, в которую не входят физиотерапия и ЛФК; б) отдельная медицинская специальность, в состав которой входят только физиотерапия и ЛФК; в) мультидисциплинарное направление, включающее целый ряд методов немедикаментозной терапии (физиотерапию, ЛФК, рефлексотерапию, мануальную терапию и др.). + г) отдельная медицинская специальность, в которую входят ЛФК, физиотерапия и санаторно-курортное лечение
ПК-8	261	Физиотерапия это область медицины, изучающая: а) воздействие на организм человека природных физических факторов б) воздействие на организм человека искусственных физических факторов в) воздействие на организм человека природных и искусственных физических факторов + г) воздействие на организм человека аппаратных методов лечения
ПК-8	262	Метод термотерапии, применяемый в целях обезболивания в первые сутки после острой травмы мягких тканей: а) криотерапия; + б) озокеритотерапия; в) парафинотерапия. г) озокеритотерапия или парафинотерапия
ПК-8	263	Основной фактор в действии питьевых минеральных вод на организм: а) термический; б) химический; + в) механический. г) актопротекторный

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

	264	Под принципом индивидуальности физических нагрузок подразумевается: а) регулярность физических упражнений; б) оптимальная физиологическая динамика реакций организма на физические упражнения; в) соответствие нозологической форме заболевания; г) учет общего состояния больного, его возраста, конституции, пола, характера основных клинических проявлений и фазы заболевания. +
ПК-8	265	Лечебная физическая культура - это: а) система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных в результате болезни или травмы функций организма; б) механизмы лечебного действия на организм физических упражнений и разрабатывающая методы их применения в лечебно-профилактических и реабилитационных целях; + в) область медицинской науки, изучающая действие на организм природных и искусственных физических факторов, применяемых для лечения больных и оздоровления населения. г) область клинической медицины, изучающая программы медицинской реабилитации
ПК-8	266	Рациональная психотерапия - метод, основанный: а) на способности человека воздействовать на самого себя с помощью слов и мысленных образов; б) убеждении, разубеждении больного путем логического и аргументированного объяснения возможности успешного лечения, апелляции к разуму пациента; + в) лечении с помощью музыкотерапии; г) лечении с помощью ландшафтотерапии.
ПК-8	267	Противопоказание к психологической реабилитации: а) гастралгия; б) вегетососудистая дистония; в) снижение интеллекта и памяти;+ г) гипертоническая болезнь II степени.
ПК-8	268	Для оценки исходного уровня резервов адаптации пациента в процессе медицинской реабилитации используют: а) определение частоты сердечных сокращений; б) определение уровня артериального давления; в) проведение пробы Мартинэ; г) все указанные выше показатели.+
ПК-8	269	Санаторно-курортную карту выдают: а) в медицинской организации по месту жительства больного; + б) в административных учреждениях здравоохранения по месту жительства больного (комитетах здравоохранения и т.п.); в) в санатории; г) при выписке из стационара
ПК-8	270	Минеральные воды на бальнеолечебных курортах используются:

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		а) исключительно для внутреннего применения; б) только для наружного применения; в) для внутреннего и наружного применения. + г) минеральные воды на бальнеолечебных курортах не используются
ПК-8	271	Галотерапию больным бронхиальной астмой назначают в целях: а) купирования бронхообструкции; б) гипосенсибилизации и получения муколитического эффекта; + в) седативного действия; г) тонизирующего воздействия.
ПК-8	272	К техническим средствам реабилитации относятся: а) протезные изделия разного назначения; б) средства для ориентирования на местности, общения; в) средства для самообслуживания; г) все перечисленные выше. +
ПК-8	273	Ребёнку перед направлением на санаторно-курортное лечение необходимо +1. клинико-лабораторное обследование 2. лечение в стационаре 3. приобрести путевку 4. проконсультироваться у врача-психолога
ПК-8	274	Перед проведением санаторно-курортного лечения необходимо +1. санировать очаги инфекции 2. приобрести путевку 3. посетить врача-логопеда 4. проконсультироваться у врача-психолога
ПК-8	275	В условиях санатория осуществляется +1. поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлений заболевания 2. усиленная профессиональная и спортивная подготовка 3. обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях 4. организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребёнком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)
ПК-9	276	К основным задачам укрепления здоровья и профилактики заболеваний относятся, кроме: 1) снижение распространенности курения и употребления табака; 2) улучшение качества питания; 3) снижение физической активности; + 4) смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов, повышение качества жизни.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5) все перечисленное
ПК-9	277	По популярности различных форм пропаганды ЗОЖ на первом месте находятся: 1) лекции; 2) индивидуальные беседы; 3) специальная литература; 4) телевидение и художественные фильмы. + 5) консультация психологов
ПК-9	278	Повышение защитных свойств организма включает, кроме 1) оптимальный режим разных видов деятельности и отдыха; 2) рациональное питание; 3) негативное экологическое поведение; + 4) соблюдение правил личной гигиены; 5) контроль собственного здоровья.
ПК-9	279	Выберите верное утверждение: 1) чем моложе ребенок, тем более он нуждается в сне; + 2) чем старше ребенок, тем более он нуждается в сне; 3) чем моложе ребенок, тем менее он нуждается в сне. 4) от возраста не зависит продолжительность сна 5) потребность у детей во сне такая же , как у взрослых
ПК-9	280	Доношенного новорожденного необходимо купать: 1) через 10 дней после выписки из родильного дома; 2) с 1-го дня после выписки из родильного дома; 3) через 1 мес после выписки из родильного дома. 4) со 2 дня жизни 5) через 2 недели после рождения
ПК-9	281	Оптимальная ЧСС на уроке физкультуры для старшеклассника составляет: 1) 100-120 в минуту; 2) 120-140 в минуту; 3) 150 в минуту; 4) 140-160 в минуту; 5) до 100 в минуту.
ПК-9	282	Длительность основной части урока физкультуры в школе составляет: 1) 15 мин; 2) 20 мин; 3) 25-30 мин; 4) 40 мин; 5) колеблется в зависимости от возраста учащихся.
ПК-9	283	Каковы правила питания для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у детей? 6) правильно рассчитывать пропорции – соотношение белков, жиров и углеводов должно быть 1:1:4 соответственно. 7) нужно увеличить количество белков и углеводов в пределах прежней порции. В здоровой порции ребенку необходимо

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		ограничивать уровень углеводов – сладкое дозировать, употреблять сахар – 50 г в сутки. 8) не стоит пересаливать пищу – чрезмерное употребление соли грозит риском развития повышенного артериального давления. 9) исключить употребление чипсов, орешков, фаст-фуда, консервации и других запрещенных продуктов. 10) верно все перечисленное
ПК-9	284	Специальную подготовку детей к ДОУ рекомендуют начинать: 11) с рождения ребенка; 12) с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОУ; 13) за 6 мес до поступления в ДОУ; 14) за 2 мес до поступления в ДОУ. 15) за 10 дней до поступления ДОУ
ПК-9	285	У детей раннего возраста эмоционально-поведенческие реакции оценивают: 6) ежедневно; 7) 1 раз в 3 дня; 8) 1 раз в неделю; 9) 1 раз в месяц. 10) неврологом во время профосмотров
ПК-9	286	К постоянному противопоказанию к проведению закаливания детей в условиях ДОУ относят: 6) отставание в физическом развитии; 7) наличие невроза у ребенка; 8) постоянных противопоказаний нет; 9) частую заболеваемость; 10) наличие хронического заболевания.
ПК-9	287	Мясное пюре при искусственном вскармливании вводят в возрасте: 6) 5 мес; 7) 6 мес; 8) 7 мес; 9) 8 мес; 10) 9 мес.
ПК-9	288	Основные причины травматизма уроках физической культуры: 1) несоблюдение правил организации и методики занятий (отсутствие страховки, дисциплины на уроке и др.), недооценка значения метеорологических факторов при занятиях на воздухе; 2) нарушение санитарно-гигиенических условий (несоответствующие физическим упражнениям одежда и обувь, нормы температуры и скорости воздуха, обильный прием пищи и жидкости перед занятием); 3) плохая подготовка мест занятий, оборудования, инвентаря и несвоевременная их проверка (несоответствие размеров и веса снарядов физическому развитию учащихся, твердый и неровный грунт площадок, недостаточное взрыхление почвы в

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		местах приземления при прыжках, неправильное расположение гимнастических снарядов); 4) отсутствие или несистематическое проведение врачебного контроля (допуск к занятиям физическими упражнениями в болезненном состоянии, несоблюдение сроков возобновления занятий после заболеваний, чрезмерная потливость рук и ног); 5) верно все перечисленное
ПК-9	289	В летнее время года с доношенным новорожденным необходимо гулять: 1) с 20-го дня после выписки из родильного дома; 2) с 1-го дня после выписки из родильного дома; 3) с 10-го дня после выписки из родильного дома. 4) через месяц после рождения 5) на 2 день после рождения
ПК-9	290	Абсолютные противопоказания со стороны ребенка к кормлению грудью, кроме 1) тяжелые нарушения мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния 2) отит + 3) глубокая недоношенность 4) тяжелые формы респираторных расстройств 5) гемолитическая болезнь
ПК-9	291	Критерии школьной зрелости, учитываемые при подготовке детей к поступлению в школу: 1) умение читать; 2) умение писать; 3) биологический возраст; + 4) психического развитие; 5) все перечисленное.
ПК-9	292	Сроки нормализации реакций при средней тяжести адаптации к ДОУ: 1) 10-20 дней; 2) 20-40 дней; 3) 60 дней; 4) 90 дней. 5) более 90 дней
ПК-9	293	К мероприятиям профилактики инфекционных заболеваний в ДОУ не относятся: 1) оценка физического развития.; + 2) изоляция заболевших детей; 3) текущая дезинфекция; 4) вакцинация; 5) обследование и наблюдение за контактными детьми;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-9	294	Оптимальная температура воды для купания новорожденного: 1) 33-35,5°C 2) 36-36,5 °C; 3) 37-37,5 °C;+ 4) 38-39,5 °C. 5) 40-42 °C.
ПК-9	295	С какого возраста можно начинать заниматься легкой атлетикой? 1) с 3-6 лет; 2) 7-11 лет; 3) 12-13 лет; + 4) 14-15 лет. 5) не ранее 16 лет
ПК-9	296	С какого возраста можно заниматься гимнастикой ? 1) с 2-3 лет; 2) 4-5 лет; + 3) 6-7 лет; 4) 8 лет. 5) 10 лет
ПК-9	297	Какой показатель является ведущим в воспитании двигательной сферы ребенка 7 мес: 1) умение садиться; 2) сидение; 3) ползание; + 4) умение вставать. 5) умение ходить с поддержкой
ПК-9	298	С какого возраста необходимы специальные занятия гимнастикой и массажем со здоровым ребенком? 1) с рождения; 2) с полутора месяцев; + 3) с 2 месяцев. 4) не ранее 6 месяцев 5) здоровому ребенку не нужны;
ПК-9	299	С какого возраста рекомендуется начинать обучать детей плаванию? 1) сразу после рождения; 2) после 3 нед; + 3) после 1 мес; 4) после 1 года. 5) после 3 лет
ПК-9	300	Что относят к методам активного закаливания ? 1) использование теплозащитных свойств одежды; 2) закаливание водой; +

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3) хождение босиком; 4) регулирование температуры в помещении. 5) все перечисленное
ПК-10	301	К основным субъективным причинам неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи не относится: 1) недостаточная профессиональная квалификация врачей и сестринского персонала 2) несоблюдение медицинскими работниками этических и деонтологических норм поведения +3) оказание платных медицинских услуг 4) устаревшая материально-техническая база отдельных МО 5) недостаточное лекарственное обеспечение больных, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями
ПК-10	302	В соответствии с определениями ВОЗ важнейшими критериями качества медицинской помощи считают степень снижения риска: 1) возникновения возможного заболевания 2) прогрессирования существующего заболевания 3) развития осложнений вследствие заболевания, обследования или лечения с учетом оптимальности использования доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью (услугой) 4) верно 2,3 +5) верно 1,2,3
ПК-10	303	Компонентами оценки качества медицинской помощи являются 1) качество структур 2) качество технологий 3) качество результата 4) верно 1,2 +5) верно 1,2,3
ПК-10	304	Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя: 1) контроль качества и безопасности медицинской деятельности 2) государственный контроль в сфере обращения лекарственных

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		средств 3) государственный контроль в сфере обращения медицинских изделий 4) государственный санитарно-эпидемиологический надзор +5) все верно
ПК-10	305	Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют 1) четкая организация труда 2) оптимальный подбор и расстановка кадров 3) согласованность в руководстве +4) авторитарный стиль управления 5) демократический стиль управления
ПК-10	306	Цикл управленческого решения включает 1) собственно принятие решения 2) реализация решения 3) исполнения решения 4) обратную связь +5) все перечисленное
ПК-10	307	Реализация решений предполагает 1) юридическое оформление разработанного решения 2) разработку организационного плана действий 3) учет результатов исполнения решений +4) верно 1,2 5) верно 1,2,3
ПК-10	308	Какие задачи предполагает система подготовки резерва руководителей медицинской организации? 1) выявление сотрудников организации, имеющих потенциал для занятия руководящей должности 2) приглашение молодых специалистов по окончании медицинских образовательных учреждений для занятия должности 3) подготовка сотрудников с потенциалом к работе в руководящей должности 4) верно 1,2 +5) верно 1,3
ПК-10	309	Какие задачи предполагает система подготовки резерва руководителей медицинской организации? 1) выявление сотрудников организации, имеющих потенциал для занятия руководящей должности 2) приглашение молодых специалистов по окончании медицинских образовательных учреждений для занятия должности 3) подготовка сотрудников с потенциалом к работе в руководящей должности 4) верно 1,2

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+5) верно 1,3
ПК-10	310	Контроль управленческого решения предполагает 1) наблюдение за ходом выполнения работы 2) выявление и коррекция отклонений от ожидаемых результатов 3) возможное принятие дополнительных решений 4) информирование подчиненных о результатах исполнения решения +5) все перечисленное
ПК-10	311	Министерство здравоохранения и социального развития РФ контролирует деятельность 1) федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 2) федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 3) федеральной службы по труду и занятости +4) верно 1, 2, 3 5) нет верного ответа
ПК-10	312	Органы управления здравоохранением субъектов РФ подчиняются: 1) органам исполнительной власти РФ 2) органам исполнительной власти субъектов РФ 3) министерству здравоохранения и социального развития РФ +4) верно 1,2 5) верно 2, 3
ПК-10	313	В РФ в настоящее время сформирована социально-экономическая модель здравоохранения 1) монополия государственная 2) бюджетно-страховая + 3) с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан 4) с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан 5) на основе частной системы здравоохранения
ПК-10	314	На современном этапе развития отечественного здравоохранения каждый врач должен: 1) знать медицинское и трудовое законодательство 2) уметь четко организовывать работу подчиненного ему медицинского персонала 3) владеть элементами экономики и управления 4) знать потребность населения в различных видах медицинской помощи 5) все верно +
ПК-10	315	Право на охрану здоровья обеспечивается: 1) охраной окружающей среды 2) созданием безопасных условий труда 3) воспитанием и обучением граждан 4) производством и реализацией продуктов питания соответствующего

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		качества 5) все перечисленное +
ПК-10	316	Предмет врачебной тайны составляет: 1) сведения о состоянии пациента в период его болезни, данных обследования и назначенном лечении 2) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении + 3) информация о диагнозе, месте работы и заработной плате 4) сведения о состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении 5) нет верного ответа
ПК-10	317	Модель взаимоотношений «врач-пациент», наиболее рациональная с позиции интересов пациентов: 1) «инженерно-техническая модель» - врач как специалист 2) «патерналистская модель» - врач как «духовный отец» 3) «кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента + 4) «договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент – «потребитель медицинских услуг» 5) «рыночная модель» - врач как продавец медицинских услуг, пациент – покупатель медицинских услуг
ПК-10	318	Функции управления включают 1) прогнозирование и планирование 2) проектирование и организацию 3) учет, контроль, анализ и регулирование 4) все вышеперечисленное + 5) все перечисленное не соответствует истине
ПК-10	319	Контроль управленческого решения предполагает 1) наблюдение за ходом выполнения работы 2) выявление и коррекция отклонений от ожидаемых результатов 3) возможное принятие дополнительных решений 4) информирование подчиненных о результатах исполнения решения +5) все перечисленное
ПК-10	320	Системный подход в управлении включает следующие элементы 1) создание рациональной структуры объекта управления 2) применение рациональных механизмов управления 3) совершенствование управленческого процесса 4) определение целей, задач управления +5) все перечисленные
ПК-10	321	Децентрализация в управлении – это +1) передача прав и ответственности на другие уровни 2) предоставление подчиненному полной свободы действия 3) принятие решений на основе предложений сотрудников 4) распределение поручений между сотрудниками 5) все вышеперечисленное
ПК-10	322	Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		1) виды личного контроля руководителя 2) виды комиссионного контроля 3) виды контроля за использованием документов +4) <u>виды общественного контроля</u>
ПК-10	323	Методы мотивации в управлении коллективом включают 1) содержание и условия труда 2) экономическое стимулирование 3) состояние социально-психологического климата 4) обучение, повышение квалификации +5) <u>конкуренцию</u>
ПК-10	324	Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют 1) четкая организация труда 2) оптимальный подбор и расстановка кадров 3) согласованность в руководстве +4) <u>низкая культура общения в коллективе</u> 5) верно все
ПК-10	325	Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включает 1) работу с кадрами 2) определение целей и задач деятельности подразделений +3) <u>организация деятельности подразделений</u> 4) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей 5) контроль совместных и индивидуальных действий
ПК-11	326	Для изучения здоровья населения применяются методы статистического анализа 1) расчет относительных и средних величин 2) графоаналитические методы 3) методы сравнения совокупностей 4) методы выявления и оценки факторов 5) все верно +
ПК-11	327	Под статистикой понимают +1) <u>самостоятельную общественную науку, изучающую количественную сторону массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной</u> 2) сбор, обработку и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений 3) анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов 4) анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов 5) статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-11	328	11. Под медицинской статистикой понимают 1) отрасль статистики, изучающей здоровье населения 2) совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ +3) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением 4) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медицинской и социальной гигиеной 5) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с социальной гигиеной, планированием и прогнозирование деятельности ЛПУ
ПК-11	329	Предметом изучения медицинской статистики являются 1) информация о здоровье населения 2) информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека 3) информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения 4) информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине +5) все вышеперечисленное
ПК-11	330	12. К общим показателям воспроизводства (естественного движения) населения не относится 1) рождаемость 2) смертность 3) естественный прирост +4) средняя продолжительность жизни 5) все верно
ПК-11	331	Коэффициент рождаемости рассчитывается путем +1) соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности населения 2) соотношения численности умерших, к численности родившихся 3) вычитания числа умерших, из числа родившихся 4) все верно 5) правильного ответа нет
ПК-11	332	Показатель материнской смертности вычисляется по формуле +1) $(\text{число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 недель после прекращения беременности} \times 100\ 000 \text{ живорожденных}) / \text{число живорожденных}$ 2) $(\text{число умерших беременных} \times 1000 \text{ живорожденных}) / \text{суммарное число беременностей}$ 3) $(\text{число умерших после 28 недель беременности} \times 100\ 000 \text{ живорожденных}) / \text{суммарное число беременностей}$ 4) $(\text{число умерших беременных} \times 100\ 000 \text{ живорожденных и мертворожденных}) / \text{суммарное число беременных после 28 недель}$

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5) правильного ответа нет
ПК-11	333	Специальные показатели детской смертности все, кроме 1) перинатальной смертности 2) поздней неонатальной смертности 3) ранней неонатальной смертности 4) мертворождаемости <u>+5) младенческой смертности</u>
ПК-11	334	Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники войдет в статистику 1) первичной заболеваемости 2) общей заболеваемости + 3) патологической пораженности 4) накопленной заболеваемости 5) обращаемости за медицинской помощью
ПК-11	335	Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах: 1) до 10 2) от 10 до 15 + 3) от 15 до 20 4) от 20 до 25 5) более 25
ПК-11	336	Показатель младенческой смертности это 1) смертность детей на первой неделе жизни 2) смертность детей на первом месяце жизни 3) смертность детей первых шести месяцев жизни 4) смертность детей до года + 5) смертность детей первых трех лет жизни
ПК-11	337	Укажите ведущую причину перинатальной смертности в Российской Федерации: 1) внутричерепная травма 2) асфиксия 3) синдром респираторных расстройств

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		4) врожденные аномалии + 5) инфекции
ПК-11	338	Заболеваемость вирусным гепатитом А в районе К. в текущем году составила 6,0 на 10000 населения. Указанный показатель является: 1) экстенсивным 2) интенсивным + 3) показателем соотношения 4) показателем наглядности 5) показатели достоверности
ПК-11	339	Первичная заболеваемость – это 1) заболевания, впервые выявленные в этом году + 2) заболевания, регистрируемые врачом и записанные им в медицинской документации 3) совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году 4) учет всех заболеваний (инфекционных, неэпидемических, с ВУТ) 5) заболевания выявленные при проведении медицинского осмотра
ПК-11	340	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это: 1) все заболевания, зарегистрированные за год + 2) все заболевания, зарегистрированные за 3 года 3) все заболевания, зарегистрированные за 5 лет 4) заболевания, впервые зарегистрированных за данный год 5) заболевания с утратой трудоспособности, зарегистрированные за год
ПК-11	341	Наиболее высокий уровень заболеваемости детей отмечается в возрасте: 1) от 0 до 1 года +2) от 1 года до 3-х лет

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		3) от 3-х лет до 7 лет 4) от 7 лет до 10 лет 5) от 10-ти до 14 лет
ПК-11	342	Изучение заболеваемости населения необходимо для: 1) оценки состояния здоровья населения 2) определения потребности населения в медицинской помощи 3) оценки деятельности медицинской организации 4) планирование лечебно-профилактических мероприятий +5) все верно
ПК-11	343	К структурным компонентам перинатальной смертности не относится 1) антенатальная смертность 2) мертворождаемость 3) ранняя неонатальная смертность +4) неонатальная смертность 5) интранатальная
ПК-11	344	К методам изучения заболеваемости не относятся 1) по причинам смерти 2) по обращаемости +3) по данным переписи населения 4) по данным медицинских осмотров 5) по данным социологических опросов
ПК-11	345	Общая заболеваемость это 1) заболевания, впервые выявленные в этом году 2) заболевания, зарегистрированные врачом и записанные им в медицинской документации

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		+3) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году 4) учет всех заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с временной нетрудоспособностью, госпитализированную заболеваемость 5) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах
ПК-11	346	Какие факторы влияют на полноту и качество информации о заболеваемости 1) организация статистического учета заболеваний 2) обеспеченность медицинской помощью 3) квалификация медицинских кадров 4) верно 1,2 5) верно 1,2,3
ПК-11		Показатели инвалидности позволяют охарактеризовать 1) уровень социально-экономического развития общества 2) состояние среды обитания 3) степень совершенства медицинской помощи 4) качество проводимых лечебных и профилактических мероприятий +5) все верно
ПК-11	347	В план статистического исследования не входит 1) определение места проведения исследования 2) определение объема исследования 3) выбор единицы наблюдения +4) составление макетов статистических таблиц

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

		5) установление сроков проведения исследования
ПК-11	348	Единицей наблюдения инфекционной заболеваемости является 1) каждое обращение пациента к врачу инфекционисту в течение года +2) каждый случай зарегистрированного инфекционного заболевания за определенный период времени 3) каждый случай инфекционного заболевания, требующий госпитализации в инфекционное отделение стационара 4) каждый случай смерти от инфекционного заболевания 5) все верно
ПК-11	349	Показатели инвалидности позволяют охарактеризовать 1) уровень социально-экономического развития общества 2) состояние среды обитания 3) степень совершенства медицинской помощи 4) качество проводимых лечебных и профилактических мероприятий +5) все верно
ПК-11	350	При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы 1) исторический 2) статистический 3) экономический 4) социологический +5) все вышеперечисленные
ПК-12	351	102. Основными способами защиты населения являются: а) оказание медицинской помощи; б) вывод из очага катастрофы; в) укрытие в защитных сооружениях;+ г) прием медикаментов и эвакуация; д) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	351	Основные задачи службы медицины катастроф: а) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения; в) лечебная и гигиеническая; г) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований; + д) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.
ПК-12	352	Силы территориальной службы медицины катастроф: а) бригады специализированной медицинской помощи; б) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;+ в) медицинские отряды; г) врачебно-сестринские бригады;
ПК-12	353	Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях: а) федеральном; б) региональном;+ в) территориальном; г) местном.
ПК-12	354	Требования, предъявляемые к медицинской помощи в ЧС: а) быстрота и достаточность; + б) преемственность и последовательность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, своевременность их выполнения; в) доступность, возможность оказания медицинской помощи на этапах эвакуации; г) проведение сортировки, изоляции и эвакуации;
ПК-12	355	Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе: а) любая, которую можно использовать; б) первая медицинская + в) первая врачебная и квалифицированная; + г) первая медицинская и доврачебная;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	356	Основные мероприятия первой медицинской (доврачебной) помощи, проводимые пораженным при ликвидации последствий катастроф с механическими и термическими повреждениями: а) дезинфекция, обезболивание; + б) временная остановка наружного кровотечения, наложение асептических повязок, иммобилизация конечностей, введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, обезболивающих и др. средств, применение средств из АИ-2, проведение простейших реанимационных мероприятий; в) введение обезболивающих, госпитализация нетранспортабельных, госпитализация нетранспортабельных; г) прямой массаж сердца, дача сердечно-сосудистых и психотропных средств, проведение ослостных операций, спасение тяжелопораженных;
ПК-12	357	Этап медицинской эвакуации определяется как: а) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации; б) система организации оказания помощи; в) догоспитальный, госпитальный, + г) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация, д) особенный вид помощи.
ПК-12	358	Медицинской сортировкой называется: а) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях; б) разделение потока пострадавших; в) разделение пострадавших по очередности их эвакуации; + г) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
ПК-12	359	Назначением медицинской сортировки не является: а) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;+ б) оказание медицинской помощи в максимальном объеме; в) в определении очередности оказания медицинской помощи; г) в регулировании движения автотранспорта;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	360	Организационно-методическим методом, позволяющим своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, не является: а) быстрое выведение из очага катастрофы;+ б) четко организованная медицинская эвакуация; в) прогнозирование исхода поражения; г) медицинская сортировка;
ПК-12	361	При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи: а) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации; + б) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями; в) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время, + г) определить сроки, объем помощи; д) установить время госпитализации.
ПК-12	362	Коллективные средства защиты включают: а) больницы, станции переливания крови; б) формирования ГО; в) противогазы; г) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие); + д) центры медицины катастроф.
ПК-12	363	Условия эффективности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе: а) фактор времени; б) обучение спасателей, населения комплексу лечебных мероприятий объединенных понятием "первая медицинская помощь"; в) устранение явлений угрожающих жизни пострадавшего (асфиксия и др.); +
ПК-12	364	Основные неотложные мероприятия первой врачебной помощи, кроме: а) устранение асфиксии; б) остановка наружного кровотечения; + в) остановка внутреннего кровотечения; г) проведение противошоковых мероприятий;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	365	Основные сортировочные признаки: а) опасность для окружающих; б) лечебный;+ в) эвакуационный; г) нуждаемость в специальной, частичной санитарной обработке.+
ПК-12	366	Суммарную оценку шокогенности травмы определяют на основании данных: а) частоты дыхания;+ б) дыхательных движений грудной клетки; в) величины систолического давления; г) состояния микроциркуляции; д) уровня сознания.
ПК-12	367	Оптимальным сроком оказания первой мед. помощи при ЧС является а) 30 минут + б) 1 час в) 2 часа + г) 6 часов
ПК-12	368	Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при катастрофах а) любая, которую можно использовать б) квалифицированная в) первая медицинская, доврачебная, первая врачебная г) специализированная, квалифицированная +
ПК-12	369	Метод работы, позволяющий своевременно оказать медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных а) быстрое выведение из очага катастрофы б) оказание неотложной помощи + в) четко организованная эвакуация + г) медицинская сортировка
ПК-12	370	Виды медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации а) диагностическая б) прогностическая + в) внутренняя + г) эвакуационно-транспортная, внутрипунктовая 120.г; 121.б,в; 122.б,в; 123.в,г; 124.в; 125.г; 126.б;

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ПК-12	371	Коллективные средства защиты а) формирования гражданской обороны б) больницы в) фильтрующие противогазы + г) убежища и укрытия +
ПК-12	372	Основная форма патологии вызываемая ОВ и СДЯВ удушающего действия А) Судороги Б) Кома + В) Отек легких Г) Сердечная недостаточность
ПК-12	373	Основные способы защиты населения при ЧС а) укрытие в защитных сооружениях, использование индивидуальных средств защиты, эвакуация б) обучение изготовлению ватно-марлевых повязок, раздача противогазов в) оказание медицинской помощи и госпитализация + г) эвакуация, отселение и рассредоточение
ПК-12	374	Эвакуация населения при ЧС осуществляется по а) гемодинамическим показателям б) эвакуационно-сортировочным признакам в) возрастным показателям г) наличием транспортных средств +
ПК-12	375	Этап медицинской эвакуации – это а) путь от места ранения до ближайшей больницы б) все ЛПУ, расположенные рядом с очагом ЧС + в) путь между лечебными учреждениями г) лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
 - показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
 - шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
- отлично** – 91-100% правильных ответов;
хорошо – 81-90% правильных ответов;
удовлетворительно – 70-80% правильных ответов;
неудовлетворительно – ниже 69% правильных ответов.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины «Государственная итоговая аттестация»		

11.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы

Основная литература

1. Кильдиярова Р.Р., Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдиярова Р.Р., Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 832 с. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html>
2. Геппе Н.А., Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник / Геппе Н.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 760 с. - ISBN 978-5-9704-4470-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444702.html>

Дополнительная

1. Кильдиярова Р.Р., Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-4385-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443859.html>
2. Педиатрия [Электронный ресурс] : журнал им. Г.Н. Сперанского : научно-практический журнал / Междунар. фонд охраны здоровья матери и ребенка. - Москва, 2017-2020. - ISSN 0031-403X. - Режим доступа: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>
3. Интерпретация лабораторных данных у детей и взрослых [Текст] : руководство для студентов, клин. ординаторов, клин. интернов, врачей-лаборантов, практ. врачей / под ред. А. И. Кусельмана; УлГУ, ИМЭиФК. – 2-е изд., испр. и доп. – Ульяновск : УлГУ, 2014. – 260 с. – Библиогр.: с. 245–246. – б/п. - URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/45>
4. Филатов, Н. Ф. Семиотика и диагностика детских болезней / Н. Ф. Филатов. — М. : ИСЭИ, 2012. — 128 с. — ISBN 978-5-90611-000-0

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

б) Программное обеспечение

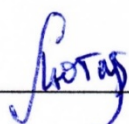
Система «Антиплагиат.ВУЗ»
 ОС Microsoft Windows
 Microsoft Office 2016
 Мой Офис Стандартный
 Автоматизированная информационная система «Витакор РМИС»
 Statistica Basic Academic for Windows 13

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы

1. Электронно-библиотечные системы:

- 1.1. IPRbooks : электронно-библиотечная система : сайт / группа компаний Ай Пи Ар Медиа. - Саратов, [2020]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.2. ЮРАЙТ : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Электронное издательство ЮРАЙТ. – Москва, [2020]. - URL: <https://www.biblio-online.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.3. Консультант студента : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Политехресурс. – Москва, [2020]. – URL: http://www.studentlibrary.ru/catalogue/switch_kit/x2019-128.html. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.4. Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2020]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.5. Znanium.com : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2020]. - URL: <http://znanium.com>. – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.6. Clinical Collection : коллекция для медицинских университетов, клиник, медицинских библиотек // EBSCOhost : [портал]. – URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=e3ddfb99-a1a7-46dd-a6eb-2185f3e0876a%40sessionmgr4008>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.
2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2020].
3. Базы данных периодических изданий:
 - 3.1. База данных периодических изданий : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва, [2020]. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.
 - 3.2. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО Научная Электронная Библиотека.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

Разработчик  доцент, к.м.н. Лютая З.А.

Разработчик  ассистент Стенюшкина М.А.

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ
к рабочей программе ГИА

специальность «31.08.19 педиатрия»

№п/п	Содержание изменения или ссылка на прилагаемый текст изменения	ФИО заведующего кафедрой, реализующей дисциплину	Подпись	Дата
1	Внесение изменений а п.п. в) Профессиональные базы данных, информационно- справочные системы п. 11 «Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины» с оформлением приложения 1	Соловьева И.Л.		30.09.21

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

Приложение 1 Внесение изменений а п.п. в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы п. 11 «Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины» с оформлением приложения 1

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы

1. Электронно-библиотечные системы:

1.1. IPRbooks : электронно-библиотечная система : сайт / группа компаний Ай Пи Ар Медиа. - Саратов, [2021]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. ЮРАЙТ : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Электронное издательство ЮРАЙТ. – Москва, [2021]. - URL: <https://urait.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.3. Консультант студента : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Политехресурс. – Москва, [2021]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.4. Консультант врача : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг. – Москва, [2021]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Букап. – Томск, [2021]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.6. Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2021]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.7. Znanium.com : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2021]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.8. Clinical Collection : коллекция для медицинских университетов, клиник, медицинских библиотек // EBSCOhost : [портал]. – URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=9f57a3e1-1191-414b-8763-e97828f9f7e1%40sessionmgr102> . – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

1.9. Русский язык как иностранный : электронно-образовательный ресурс для иностранных студентов : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». – Саратов, [2021]. – URL: <https://ros-edu.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «КонсультантПлюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2021].

3. Базы данных периодических изданий:

3.1. База данных периодических изданий : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва,

Министерство образования и науки РФ Ульяновский государственный университет Институт медицины, экологии и физической культуры	Форма	
Ф – Программа государственной итоговой аттестации 31.08.19 Педиатрия		

пользователей. – Изображение : электронные.

6. Федеральные информационно-образовательные порталы:

6.1. [Единое окно доступа к образовательным ресурсам](http://window.edu.ru/) : федеральный портал / учредитель ФГАОУ ДПО ЦРГОП и ИТ. – URL: <http://window.edu.ru/> . – Текст : электронный.

6.2. [Российское образование](http://www.edu.ru) : федеральный портал / учредитель ФГАОУ ДПО ЦРГОП и ИТ. – URL: <http://www.edu.ru>. – Текст : электронный.

7. Образовательные ресурсы УлГУ:

7.1. Электронная библиотека УлГУ : модуль АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

Согласовано:
Зам. начальника УИТТ

Клочкова А.В.

