

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»  
(ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ)

«Утверждаю»  
Вр.и.о. директора, доктор медицинских наук  
Рычкова Л.В.  
« 30 » марта 2015 г.  
М.п.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Программа:** основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

**Специальность:** 31.08.19 Педиатрия

Иркутск 2015г.

**РАЗРАБОТЧИКИ:**

Руководитель отдела педиатрии, д.м.н. Рычкова Л.В.



Руководитель лаборатории педиатрии и кардиоваскулярной патологии  
д.м.н. Погодина А.В.

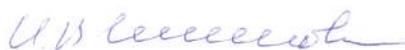


Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе,  
к.м.н. Зурбанова Л.В.



Рабочая программа одобрена Ученым советом ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ  
Протокол № 11 от « 23 » декабря 2014 г.

И.о. ученого секретаря Ученого совета  
ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ, к.б.н.



Н.В. Семёнова

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача педиатра в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

### ИТОГОВЫЙ КОНТРОЛЬ (Экзамен)

Вид контроля	Форма проведения	Критерии оценки
ГИА (июнь, 2 год обучения)	1. Тестирование	90-100%- отлично 80-89% - хорошо 70-79% -удовлетворительно Меньше 70% - неудовлетворительно
	2. Практические навыки	Зачтено/незачтено
	3. Собеседование	Пятибальная система

#### Требования к квалификационному экзамену на получение сертификата специалиста - врача педиатра.

1. Итоговые квалификационные экзамены предназначены для определения практической и теоретической подготовленности врача к выполнению профессиональных задач, установленных настоящим государственным образовательным стандартом. Проверочные испытания проводятся в три этапа.

2. На первом этапе проводится тестовый контроль. Клинические задачи, тестовые вопросы, включают все разделы программы подготовки врача в клинической ординатуре по педиатрии, соответствуют стандартным требованиям к содержанию и уровню профессиональной подготовки врача - педиатра.

3. Программа квалификационных тестов ежегодно обновляется. Результаты тестирования оцениваются по 5-ти бальной системе. Выпускникам ординатуры предлагается ответить на 100 заданий в виде тестирования.

4. На втором этапе квалификационного экзамена оцениваются **практические навыки** специалиста в соответствии с требованиями настоящего образовательного стандарта врача-педиатра. Набор практических навыков для каждого обучающегося включает в себя: сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование больного, умение составить план обследования, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, заполнить историю болезни, выполнение манипуляций, интерпретация предложенных лабораторных, электрофизиологических, ультразвуковых и функциональных методов обследования.(предлагаются ситуационные задачи, одна из 9). Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно». При оценке «неудовлетворительно» – практические навыки не зачитываются.

***Критерии оценки:***

- Отлично – ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.
- Хорошо – ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.
- Удовлетворительно – обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.
- Неудовлетворительно – обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

5. На третьем этапе квалификационного экзамена проводится заключительное **собеседование** квалификационной комиссии (предлагаются экзаменационные билеты, всего билетов - 23). Проверяется способность экзаменуемого в использовании приобретенных знаний, умений и практических навыков для решения профессиональных задач врача-педиатра. Результаты собеседования оцениваются по пятибалльной системе.

***Критерии оценки:***

- Отлично – обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
- Хорошо – обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
- Удовлетворительно – обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
- Неудовлетворительно – обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

6. По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “педиатрия”. В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-педиатр” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-педиатр”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе. При получении положительных результатов претендент имеет право получить свидетельство об окончании ординатуры.

7. Экзаменуемый имеет право опротестовать в установленном порядке решение квалификационной комиссии.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ « ПЕДИАТРИЯ» (ординатура)

1. Максимальный уровень общей заболеваемости детей в РФ регистрируется в возрасте
  - а) до 1 года
  - б) 1-2 года
  - в) 3-4 года
  - г) 5-6 лет
  - д) 7-9 лет
  
2. В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет
  - а) пневмококк
  - б) пиогенный стрептококк
  - в) стафилококк
  - г) клебсиелла
  - д) кишечная палочка
  
3. Для выявления междолевого выпота показана
  - а) УЗИ средостения
  - б) боковой снимок
  - в) плевральная пункция
  - г) прямая рентгенограмма
  - д) бронхоскопия
  
4. Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет
  - а) 1-2 дня
  - б) 3 или 5 дней
  - в) 7-10 дней
  - г) 11-14 дней
  - д) 14-21 день
  
5. К типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период не относится
  - а) нарушение подвижности грудной клетки
  - б) вздутие грудной клетки
  - в) увеличение лимфоузлов средостения
  - г) усиление сосудистого рисунка
  - д) коробочный характер перкуторного звука
  
6. К основным лечебным мероприятиям в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии не относится
  - а) бронхолитики
  - б) отхаркивающие
  - в) вибрационный массаж грудной клетки
  - г) антибиотики
  - д) физиопроцедуры
  
7. Для бронхиальной астмы не характерны симптомы
  - а) одышка с затрудненным выдохом «экспираторным компонентом»
  - б) деформация концевых фаланг в виде «часовых стекол»
  - в) отхождение прозрачной, стекловидной мокроты в конце приступа

- г) рассеянные сухие свистящие хрипы
  - д) сухой навязчивый кашель
8. К основным принципам лечения бронхиальной астмы у детей не относятся
- а) антибактериальная терапия
  - б) купирование приступного периода
  - в) устранение контакта с причинно-значимым аллергеном
  - г) базисная (противовоспалительная) терапия
  - д) аллерген-специфическая иммунотерапия
9. Симптомокомплекс: температура 38 и выше, интоксикация, одышка, влажный кашель, периоральный цианоз, ослабленное дыхание, укорочение перкуторного звука характерен для
- а) бронхоолита
  - б) аденовирусной инфекции
  - в) интерстициальной пневмонии
  - г) очаговой пневмонии
  - д) бронхиальной астмы
10. Показаниями к госпитализации при бронхиальной астме не являются
- а) тяжелый приступ бронхиальной астмы
  - б) нет улучшения в течение 2 – 6 часов после оральных кортикостероидов
  - в) нет быстрого ответа на бронхорасширяющие средства
  - г) нарастание дыхательной недостаточности
  - д) пиковая скорость выдоха больше 80%
11. Бронхиальная астма это заболевание в основе которого лежит
- а) снижение мукоцилиарного клиренса
  - б) нарушение образования сурфактанта
  - в) аномалия развития бронхов
  - г) гиперреактивность бронхов
  - д) гиперплазия реснитчатого эпителия.
12. Наиболее типичным для острого бронхита является сочетание симптомов
- а) высокая лихорадка, интоксикация, боль в грудной клетке при дыхании, одышка
  - б) недомогание, повышение температуры, кашель, сначала сухой, затем влажный
  - в) субфебрилитет, одышка, кашель, кровохарканье
  - г) боль в грудной клетке, сухой кашель, затем влажный, общая слабость
  - д) слабость, лихорадка, затрудненное дыхание, кровохарканье.
13. В процессе адаптации организма участвуют
- а) надпочечник
  - б) гипоталамус
  - в) гипофиз
  - г) все перечисленное
  - д) кора мозга
14. Агрегацию тромбоцитов не уменьшает
- а) продектин
  - б) эуфиллин
  - в) строфантин
  - г) дипиридамола

- д) тиклид
15. При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет
- а) фонокардиограмма
  - б) эхокардиограмма
  - в) ЭКГ
  - г) реокардиограмма
  - д) энцефалограмма
16. К клиническим проявлениям полной атриовентрикулярной (поперечной) блокады относятся
- а) брадикардия
  - б) повышение систолического АД
  - в) систолический шум
  - г) синкопе
  - д) все перечисленное
17. Для дилатационной кардиомиопатии характерно
- а) гипертрофия левого желудочка
  - б) увеличение полостей желудочков
  - в) гипертрофия правого желудочка
  - г) гипертрофия межжелудочковой перегородки
  - д) аномальная трабекула
18. К препаратам, уменьшающим агрегацию тромбоцитов, не относятся
- а) трентал
  - б) дипиридамол
  - в) преднизолон
  - г) стугерон
  - д) продектин (пармидин)
19. К клиническим проявлениям сердечной недостаточности у детей не относится
- а) тахикардия
  - б) приступообразный кашель, усиливающийся при перемене положения тела
  - в) отдышка с затрудненным вдохом
  - г) брадикардия
  - д) цианоз слизистых
20. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет
- а) повышение иммуноглобулинов
  - б) диспротеинемия
  - в) LE-клетки
  - г) увеличение СОЭ
  - д) изменения в моче
21. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев. Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать
- а) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5
  - б) бициллин-3
  - в) пенициллин
  - г) эритромицин
  - д) преднизолон
22. Наиболее специфичный для ревматической болезни сердца порок

- а) недостаточность митрального клапана
  - б) стеноз устья аорты
  - в) недостаточность аортальных клапанов
  - г) стеноз митрального отверстия
  - д) все перечисленное верно
23. В лечении ревматоидного артрита не характерно применение
- а) метилпреднизолона
  - б) сульфасалазина
  - в) аэртала
  - г) анальгина
  - д) мовалиса
24. Совокупность симптомов, характерных для болезни Рейтера
- а) артрит, уретрит, конъюнктивит
  - б) артрит, плеврит, нефрит
  - в) артрит, поражение кожи, серозиты
  - г) артрит, поражение кожи, синдром Рейно
  - д) артрит, поражение кожи, уретрит
25. Для хламидийных уретритов характерно начало
- а) острое
  - б) подострое
  - в) постепенное
  - г) рецидивирующее
  - д) латентное
26. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности не включает
- а) витаминотерапию
  - б) восстановление объема циркулирующей крови
  - в) коррекцию кислотно—щелочного равновесия
  - г) оксигенотерапию
  - д) ликвидацию дыхательной недостаточности
27. Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров
- а) флебит
  - б) травма катетером сердца
  - в) эмболия
  - г) пневмоторакс
  - д) сепсис
28. Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет
- а) 15 - 30 мин
  - б) 1 – 2 ч
  - в) 5 - 6 ч
  - г) 12-24 ч
  - д) 24-48 часов
29. Ребенок 6-ти месяцев, беспокоен, температура 38°C. Во время кормления бросает грудь, резко вскрикивает, дыхание через нос затруднено. Ваш предварительный диагноз
- а) отит
  - б) ринит
  - в) орз
  - г) стоматит

д) гайморит

30. Ребенка надо приучать чистить зубы

- а) с момента прорезывания первых временных (молочных) зубов
- б) с 2-х лет
- в) после прорезывания всех временных (молочных) зубов
- г) ко времени поступления в школу
- д) с 5 лет

31. Для больного сахарным диабетом не характерно

- а) жажда
- б) полиурия
- в) экзофтальм
- г) расчесы на коже
- д) сухость кожи

32. При системной красной волчанке чаще наблюдается поражение нервной системы

- а) менингит
- б) полирадикулоневрит
- в) энцефалит
- г) менингоэнцефалит
- д) параличи

33. Дифференцировать пилоростеноз, прежде всего, необходимо с

- а) врожденной патологией уха
- б) нарушением нормального вращения кишечника
- в) внутренней ущемленной грыжей
- г) инвагинацией
- д) с сольтеряющей формой адреногенитального синдрома

34. У ребенка с наследственным нефритом может наблюдаться

- а) катаракта
- б) миопия
- в) астигматизм
- г) все перечисленное
- д) нарушение слуха

35. При сифилисе у детей редко встречается поражение

- а) печени
- б) легких
- в) сердца
- г) лимфоузлов
- д) почек

36. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в

- а) центральной нервной системе
- б) сердечно - сосудистой системе
- в) системе органов кроветворения
- г) пищеварительной системе
- д) иммунной системе

37. К характерным симптомам молниеносной менингококцемии не относится

- а) лихорадка с тенденцией к снижению
- б) эксикоз II- III степени
- в) олигоанурия
- г) прогрессирование сосудистых и дыхательных нарушений
- д) метаболический ацидоз

38. При токсической форме дифтерии ротоглотки возможны следующие осложнения, кроме

- а) миокардита
- б) токсического нефроза
- в) невритов черепных нервов (паралич мягкого неба, офтальмоплегия и др.)
- г) полирадикулоневрита с развитием вялых периферических параличей
- д) энцефалита

39. При респираторном микоплазмозе не эффективны

- а) цефалоспорины
- б) линкомицин
- в) тетрациклин
- г) рифампицин
- д) эритромицин

40. Характерным симптомом ротавирусного гастроэнтерита не является

- а) лихорадка, чаще субфебрильная, умеренная интоксикация
- б) повторная рвота
- в) частый, обильный, водянистый стул
- г) эксикоз I-II степени
- д) частый жидкий стул со слизью и кровью

41. Пути распространения острого полиомиелита являются

- а) воздушно-капельный
- б) алиментарный
- в) трансмиссивный
- г) воздушно-капельный и алиментарный
- д) все перечисленные

42. Наиболее типичными проявлениями приобретенной цитомегаловирусной инфекции являются следующие, кроме:

- а) интерстициальной пневмонии
- б) сиалоаденита
- в) гепатита
- г) мононуклеозоподобного синдрома
- д) полиартрита

43. Показатель максимальной нормы артериального давления у девушек составляют

- а) 120/70 мм рт. ст.
- б) 120/80 мм рт. ст.
- в) 130/80 мм рт. ст.
- г) 140/80 мм рт. ст.
- д) 140/80 мм рт. ст.

44. Характер мокроты на ранних стадиях хронического бронхита:

- а) скудная слизистая
- б) слизисто-гнойная
- в) гнойная

- г) гнойная с прожилками крови
  - д) все перечисленное
45. Основными клиническими признаками экссудативного плеврита являются
- а) притупление перкуторного звука
  - б) ослабление дыхания
  - в) ограничение экскурсии диафрагмы
  - г) смещение органов средостения
  - д) все перечисленное
46. Сколько длится период новорожденности
- а) 31 день
  - б) 14 дней
  - в) 28 дней
  - г) 30 дней
  - д) 1 месяц
47. Почасовой прирост общего билирубина считается критическим
- а) более 3,2 мкмоль/час
  - б) более 6,8 мкмоль/час
  - в) более 4,8 мкмоль/час
  - г) более 4,6 мкмоль/час
  - д) более 8,6 мкмоль/час
48. Количество белка в ликворе на фоне гнойного менингита
- а) увеличивается
  - б) уменьшается
  - в) не меняется
  - г) зависит от тяжести состояния
  - д) зависит от этиологии менингита
49. Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО считать
- а) микросфероцитоз у ребенка
  - б) обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
  - в) наличие у матери группы крови О у ребенка А (II) или (III)
  - г) положительную прямую пробу Кумбса
  - д) снижение осмотической резистентности эритроцитов бенка
50. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием
- а) охлаждения
  - б) недостаточного питания
  - в) чрезмерной кислородотерапии
  - г) гипоксии
  - д) гипогликемии

51. Карпопедальный спазм характерен для
- а) дефицита железа
  - б) гипофосфатемии
  - в) гипокальциемии
  - г) фебрильных судорог
  - д) эписиндрома
52. Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме
- а) врожденного порока сердца
  - б) метгемоглобинемии
  - в) пневмонии
  - г) ателектаза
  - д) крупа
53. Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен
- а) мышечная гипотрофия
  - б) жажда
  - в) судороги
  - г) отеки
  - д) повышение артериального давления
54. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является
- а) нормохромной
  - б) гиперхромной
  - в) гипохромной
  - г) нормохромной или гиперхромной
  - д) ни одной из перечисленных
55. Дефицит Массы тела при 2 степени постнатальной гипотрофии составляет
- а) 5-8%
  - б) 5-15%
  - в) 10-20%
  - г) 20-30%
  - д) 30% и более
56. При гипотрофии чаще всего наблюдаются
- а) анемия
  - б) дисбактериоз
  - в) экссудативно-катаральный диатез
  - г) рахит
  - д) полигиповитаминоз
57. В связывании и накоплении кальция участвует
- а) лимонная кислота
  - б) уксусная кислота
  - в) янтарная кислота
  - г) щавелевая кислота
  - д) соляная кислота
58. Гипокальциемическая тетания вызывает гипертонию мышц благодаря повышению возбудимости
- а) центральной нервной системы

- б) периферической нервной системы
- в) центральной и периферической нервной системы
- г) благодаря другим причинам
- д) благодаря нарушению соотношения кальция и фосфора в крови

59. Уровень резистентности организма ребенка определяется

- а) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
- б) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
- в) тяжестью острых заболеваний
- г) длительностью и тяжестью заболеваний;

60. В каких случаях допустимо лечение острой пневмонии в домашних условиях

- а) неосложненная форма у ребенка в возрасте до 1 года
- б) пневмония, осложненная кардиоваскулярным синдромом
- в) неосложненная форма пневмонии у ребенка 4 лет
- г) пневмония у ребенка из социально неблагополучной семьи

61. Не является причиной гипохромной анемии

- а) дефицит железа
- б) нарушение порфиринового обмена
- в) нарушение структуры цепей глобина
- г) гемолиз
- д) свинцовая интоксикация

62. Клинический признак, не характерный для талассемии

- а) спленомегалия
- б) гепатомегалия
- в) пурпура
- г) кардиопатия
- д) остеопороз

63. Основная причина развития болезней накопления

- а) врожденная энзимопатия
- б) хроническое воспаление
- в) злокачественная пролиферация
- г) приобретенная энзимопатия
- д) иммунодефицит

64. Количество звеньев гемостаза, обеспечивающее жидкое состояние крови

- а) 2
- б) 4
- в) 3
- г) 5
- д) 6

65. «Первый перекрест» в лейкоцитарной формуле происходит

- а) на 2-3 день жизни
- б) на 5-6 день жизни
- в) на 10-14 день жизни
- г) на 4-5 году жизни

д) к 12 мес. жизни

66. Уровень гемоглобина при железодефицитной анемии средней степени тяжести у детей старше 1 мес. жизни (г/л)

- а) 90-70
- б) 110-120
- в) менее 70
- г) 100-90
- д) 60-70

67. Наследственная панмиелопатия костного мозга это

- а) гемолитическая анемия
- б) талассемия
- в) анемия Фанкони
- г) анемия Блекфена-Даймонда
- д) синдром Казабаха-Меррита

68. Тромбозы могут образовываться при

- а) опухолях
- б) аутоиммунных заболеваниях
- в) инфекционных заболеваниях
- г) травмах
- д) при всех указанных причинах

69. Тип кровоточивости при болезни Виллебранда

- а) гематомный
- б) васкулитно-пурпурный
- в) пятнисто-петехиальный
- г) смешанный
- д) ангиоматозный

70. Гиперлейкоцитоз ( $50-200 \times 10^9/\text{л}$ ) характерен для

- а) пневмонии
- б) артрита
- в) лейкоза
- г) холецистита
- д) карбункула

71. Высокий риск развития патологии пищевода при

- а) недостаточности эзофагокардиального отдела
- б) спастическом запоре
- в) гепатите
- г) дисфункции билиарного тракта
- д) панкреатите

72. Для халазии характерен следующий симптом

- а) боли в правом подреберье
- б) запоры
- в) боли натошак в эпигастрии
- г) рецидивирующая рвота
- д) метеоризм

73. Для язвенно-подобной диспепсии характерно

- а) изжога
  - б) рвота
  - в) тошкательные боли
  - г) отрыжка
  - д) все вышеперечисленное
74. Закрытию привратника способствует
- а) прием кислой пищи в начале еды
  - б) запивание еды жидкостью
  - в) жирная пища
  - г) пресное молоко
  - д) щелочная минеральная вода перед едой
75. Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является
- а) отечность
  - б) гиперсекреция слизи
  - в) картина "бульжной мостовой"
  - г) феномен "манной крупы"
  - д) гиперемия слизистой
76. Риск развития гепато- и холепатии повышается при наличии факторов
- а) наследственного
  - б) перенесенного вирусного гепатита
  - в) дисбактериоза
  - г) аномалии желчного пузыря
  - д) всех выше перечисленных
77. Какой метод обнаружения Нр лежит в основе дыхательного хелик-теста
- а) биохимический
  - б) микробиологический
  - в) иммуноферментный
  - г) гистологический
  - д) все вышеперечисленные
78. При гиполактазии ребенка находящегося на грудном вскармливании
- а) переводят на безлактозные смеси
  - б) переводят на соевые смеси
  - в) переводят на низколактозные смеси
  - г) продолжают кормить грудью
  - д) верно все выше перечисленное
79. Укажите особенности питания при гипокинетическом типе дисфункции желчного пузыря
- а) 5–6–разовое питание
  - б) исключаются газированные напитки
  - в) исключаются копченые, жирные и жареные блюда и приправы
  - г) разрешаются сливки, сметана, растительные масла по ½-1 чайной ложке 2–3 раза/сут. в блюдо, яйца всмятку
  - д) все выше перечисленное
80. Укажите механизм действия Гиосцина бутилбромид (Бускопан)
- а) действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря

- б) снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника
- в) оказывает ганглиоблокирующее действие
- г) способствует расширению сосудов и повышению АД
- д) действует как прокинетик

81. Показанием к проведению колоноскопии являются

- а) жидкий стул с примесью крови
- б) колитический синдром в копрограмме
- в) стеаторея 2 типа
- г) рвота с примесью крови
- д) стул по типу «мелены»

82. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон

- а) альдостерон
- б) тироксин
- в) инсулин
- г) гонадотропин
- д) андрогены

83. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для

- а) пиелонефрита
- б) тубулоинтерстициального нефрита
- в) гломерулонефрита
- г) наследственного нефрита
- д) амилоидоза

84. Показанием для проведения внутривенной урографии не является

- а) боли в животе неясной этиологии
- б) стойкая лейкоцитурия
- в) травма брюшной полости с задержкой мочеиспускания
- г) острый период гломерулонефрита
- д) внезапно появившаяся гематурия

85. Для начала гломерулонефрита наиболее характерно

- а) температурная реакция
- б) абдоминальный синдром
- в) олигурия
- г) катаральные явления
- д) дизурия

86. Об истинности нефротической формы гломерулонефрита не свидетельствует

- а) гипоальбуминемия
- б) диспротеинемия
- в) гиперлипидемия
- г) снижение зубца Т на ЭКГ
- д) протеинурия

87. Снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса

- а) гипотиазид
- б) дибазол
- в) натрия нитропруссид
- г) резерпин
- д) ганглиоблокаторы

88. Деагрегационным свойством не обладает

- а) эуфиллин
- б) трентал
- в) курантил
- г) мезатон
- д) тиклид

89. Для диагностики тубулоинтерстициального нефрита не информативно исследование

- а) обмена пуринов
- б) тубулярной функции почек
- в) морфологии почечной ткани
- г) клинического анализа крови
- д) ферментурии

90. Для диагностики инфекции мочевой системы меньшее значение имеет

- а) общий анализ мочи
- б) анализ мочи на бактериурию
- в) количественный анализ мочи
- г) определение мочевины в крови
- д) двухстаканная проба мочи

91. Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте

- а) 1-й недели
- б) 5 лет
- в) 6 месяцев
- г) 10 лет
- д) 14 лет

92. Частое мочеиспускание является симптомом, характерным

- а) для хронической почечной недостаточности
- б) для воспаления мочевыводящих путей
- в) для гломерулонефрита
- г) для тубуло-интерстициального нефрита
- д) для всех перечисленных заболеваний

93. Как часто целесообразно определение клиренса эндогенного креатинина ребенку с диагнозом "Гломерулонефрит, нефротическая форма, клинико-лабораторная ремиссия, без нарушения функции почек"

- а) 1 раз в месяц
- б) 1 раз в два месяца
- в) 1-2 раза в год
- г) 1 раз в 2 года
- д) 1 раз в три года

94. У ребенка с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39°, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина

- а) бактериальный перитонит
- б) абдоминальный нефротический криз
- в) почечная колика
- г) апостематозный пиелонефрит
- д) кишечная колика

95. Наиболее частая причина мутации гена

- а) инфекционный фактор
- б) радиация

- в) нервно-психический фактор
- г) курение
- д) алкоголизм

96. Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем

- а) пальпации яичек
- б) определения 17-оксикортикостероидов
- в) определения полового хроматина
- г) определения кариотипа
- д) гистологического исследования гонад

97. Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из

- а) В-лимфоцитов
- б) нейтрофилов
- в) базофилов
- г) макрофагов
- д) Т-лимфоцитов

98. Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего характеризуется

- а) грибковыми заболеваниями
- б) частыми заболеваниями микробной этиологии
- в) частыми вирусными заболеваниями
- г) отрицательной реакцией бласттрансформации
- д) снижением уровня Т-супрессоров

99. Генерализованной воспалительной реакции не соответствует следующий признак

- а) увеличение креатинина
- б) отрицательные паракоагуляционные тесты
- в) гипербилирубинемия
- г) тромбоцитопения
- д) гипергликемия

100. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи

- а) кабачки
- б) огурцы
- в) капуста цветная
- г) морковь
- д) томаты

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» (ординатура)**

### **Задача №1**

Больная, 8 лет.

**An. morbi:** Со слов бабушки болеет в течение месяца, беспокоит повышение температуры тела до 38,2 град., приступообразный кашель с обильной мокротой ночью и после физической нагрузки, ночные приступы кашля вплоть до рвоты (до 2-3 раз за ночь), слизистое отделяемое из носа.

**An. vite:** Ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала без особенностей. Роды срочные, в затылочном предлежании, оценка по шкале Апгар 8-9 б.

Вес при рождении 2870 г, длина тела 49 см. БЦЖ в роддоме. Вскармливание с 1 мес. искусственное

В 1 г. находились на диспансерном учете по поводу анемии.

Перенесенные заболевания: дистрофия типа гипотрофии, экссудативно-катаральный диатез, стоматит, о. ринит, стрептодермия, о. бронхит. В 4 г. на «Д» учете у фтизиатра.

Аллергическая реакция в виде сыпи на травяные сборы.

**Объективно при поступлении:** состояние средней степени тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Температура тела 36,4 град. Кожные покровы бледные, чистые. Периорбитальный цианоз. Носовое дыхание не затруднено, зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, одышки нет. ЧДД 23 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 97 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в пределах нормы.

### **Лабораторные данные:**

ОАК: Эр 4,35 Нв 121 тромб. 307 Л 8 п 2 с 48 э 1 л 45 м 4 СОЭ 7.

Биохим. анализ крови: мочевины 5,3 ммоль/л, общ. белок 76 г/л, билирубин общ. 0,4 мкмоль/л, креатинин 0,7 мкмоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л

IgE 53,09 МЕ/мл (для 6-9 лет – 90 МЕ/мл) – норма.

ИФА на лямблии и гельминты - отриц.

Посев из носа и зева на микрофлору: St.pneumoniae 10, St.aureus 10, Naemophilushaemolyticus 10.

ОАМ: уд.вес 1020, белка нет, Лейк 5-6-7.

Копрограмма: я/глист не обнаружены, нейтр. жир 12-15, крахмал 3-4, клетчатка неперевар. 18-20, клетчатка перевар.16- 18.

Спирография: исходно нарушения ФВД легких не выявлено. Проба с бр/литиком (2 д. сальбутамола) для выявления скрытой обструкции отрицательная.

УЗИ брюшной полости и почек: без грубой структурной патологии.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 66-91 уд. в мин. ЭОС N положение. Укорочен PQ до 0,10". С-м «гребешка». Нарушение процессов реполяризации м-да в виде уплощения з.Т во 2 отведении.

КИГ: вегетативная реактивность, гиперсимпатикотоническая.

Rg органов грудной клетки: Признаки бронхообструктивного синдрома.

ЛОР: Хронический аденоидит. Аденоиды 2-3 ст. Рекомендована плановая аденэктомия

Вопросы к задаче:

- Поставьте полный клинический диагноз.
- Дайте заключения по лабораторным данным.
- Назначьте лечение, дайте рекомендации.
- Должен ли данный ребенок находиться в группе риска по бронхиальной астме?
- У каких специалистов должен стоять ребенок на диспансерном учете?

### **Задача №2**

Катя, 7 месяцев.

Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, плохую прибавку веса.

Анамнез: Ребенок молодых родителей от 1 беременности, протекавшей с токсикозом и ОРВИ в третьем триместре. Роды в срок, самостоятельные, закричала сразу, m тела при рождении 3 кг, оценка по Апгар 8-9 баллов. В возрасте 2-х месяцев находилась на лечении в хирургическом отделении с врожденным пилоростенозом, где был заподозрен ВПС. Обследована по месту жительства, выявлен ОАП. Лечение по пороку сердца не получала. С 3-х месяцев прибавляет в весе по 100-200 г в месяц, срыгиваний и рвоты нет.

Объективно в возрасте 7 мес.: состояние к тяжелому. Отеков, цианоза нет. Бледная, мраморная. Симметричная задержка физического развития, m тела 4,3 кг. В легких пуэрильное дыхание, ЧД 44/мин. Область сердца не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 150/мин, систолический шум средней интенсивности во 2 м/р слева. Границы сердца расширены в обе стороны на 1,5-2 см. Печень + 1 см, селезенка не увеличена. Пульс на бедренных артериях хорошего наполнения.

Данные обследования

ОАК: Эр  $4,4 \times 10^{12}/л$ , НВ 137 г/л, э1с30л6бм3, СОЭ 8 мм/час.

ОАМ: у/вес м/м, белка нет, эпит един, Л 0-1 в п/зр.

УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

УЗИ почек: правая 58×22 мм, левая 53×21 мм, слои дифференцируются хорошо. Слева лоханка 5,5 мм, справа 3 мм. Заключение: пиелюктазия слева.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 170-176, сагиттальный тип ЭКГ, гипертрофия миокарда правого желудочка, двухпучковая блокада (правой и левой передней ветви) п.Гиса, нарушение процесса реполяризации (двухфазный Т в V<sub>4</sub>-V<sub>6</sub>).

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: легочный рисунок обогащен. Корни легких расширены, нечеткие. Тень сердца расширена в обе стороны, дуги сглажены.

ЭхоКГ: диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы 1,1 см. Клапан Ао 3-створчатый, 0,7 см.

Легочная артерия 1,4 см, скорость 1,4 м/с, град. 8,5 мм.рт.ст. ПЖ 1,6, ПП 2,5×2,0, ЛП 1,6/1,2, МЖП 5, КДРлж 18 мм. В центре МПП дефект 1,4 см. Движения МЖП парадоксальные за счет объемных перегрузок. В брюшной аорте магистральный кровоток. Выраженные объемные перегрузки и гипертрофия миокарда правых отделов.

Сформулируйте развернутый диагноз.

Назначьте лечение.

Какова Ваша дальнейшая тактика по ведению ребенка?

### Задача №3

С. 13 лет, с рождения наблюдается с ВПС – тетрада Фалло, в 5 лет проведена паллиативная операция – наложение межсосудистого анастомоза (в г. Новосибирске), в 6 лет радикальная коррекция ВПС. В течение следующих 6 лет жалоб не было. В течение последнего года беспокоят головные боли, кратковременные, купирующиеся самостоятельно; приступы сердцебиения.

Объективно: состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Температура тела нормальная. Физическое развитие соответствует возрасту, астенического телосложения. Кожа розовая, чистая. Одышки, цианоза нет. В легких везикулярное дыхание, ЧД 20/мин. Область сердца обычная, по средней линии грудины бледный послеоперационный рубец. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 72/мин, по левому краю грудины короткий систолический шум средней интенсивности. Границы сердца не расширены. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс на бедренных артериях хорошего наполнения. Печень, селезенка не увеличены.

Данные обследования:

ОАК: Э  $4,5 \times 10^{12}/л$ , НВ 142 г/л, Л  $6,5 \times 10^9/л$ , п2 с63 л56 м4, Тр  $265 \times 10^9/л$  СОЭ 4 мм/час.

Биохим. ан. крови: общий белок 76 г/л, сахар 4,9 ммоль/л, СРБ < 6 МЕ/мл (норма до 6), АСЛО  $\geq 1000$  МЕ/мл (норма до 200), серомукоид 0,266 ед, мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин 0,8 мг/дл (норма 0,5-1,0), общий билирубин 0,3 мг/дл (норма 0,2-1,0).

ОАМ уд.вес 1028, белка нет, пл. эпит. в небольшом к-ве, Л ед. в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 70-78/мин, дыхательная аритмия, вертикальное положение ЭОС, СРРЖ.

Эхо-КГ: состояние после радикальной коррекции ВПС – т. Фалло. Мышечный ДМЖП 2 мм, гемодинамически незначимый.

УЗС органов брюшной полости и почек: без грубой структурной патологии.

Ваш предварительный диагноз, дифференциальный ряд?  
Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?  
Нуждается ли ребенок в лечении и в каком?

#### **Задача №4**

##### **Составить алгоритм объема помощи в родильном зале**

- 1) Преждевременные роды 26 недель, антенатальная профилактика СДР не проводилась
- 2) Преждевременные роды 30 недель, антенатальная профилактика СДР не проводилась, при рождении у ребенка – дыхание аритмичное, западение грудины, кожа бледная, ЧСС 60
- 3) Роды срочные, околоплодные воды с примесью мекония, дыхание аритмичное, ЧСС -100, не активный.

#### **Задача №5**

В отделение реанимации новорожденных поступил ребенок Б., первый ребенок из двойни. Естественные роды в 30 недель.

Известно, что состояние новорожденного при рождении тяжелое за счет неврологической симптоматики-синдрома угнетения, клиники дыхательной недостаточности до I степени, общей морфо-функциональной незрелости. Аускультативно дыхание ослабленное, хрипы крепитирующие единичные. Проведена дотация кислорода в течение 1 минуты в родильном зале. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение на вдохе надключичного пространства и межреберных промежутков). Учитывая тяжесть состояния, ребенок переведен в ОРН.

Состояние при поступлении остается тяжелым. Ребенок помещен в кувез под сервоконтроль и мониторинг. На фоне дополнительной дотации кислорода в кувез удерживает SpO<sub>2</sub> до 92%. Начата инфузионная, антибактериальная терапия. Гемодинамика стабильная.

При осмотре обращает на себя внимание крайняя незрелость ребенка. Угнетен. Кожные покровы бледно-розовые чистые. Дыхание самостоятельное, резко ослабленное, с участием вспомогательной мускулатуры. Сердечные тоны ритмичные с ЧСС-155-165 мин, выслушивается грубый систолический шум над всей областью сердца, АД 55/34 мм.рт.ст. Живот безболезненный при пальпации, мягкий. Печень + 2,5 см. Селезенка не увеличена. Масса при рождении- 1250 гр; рост-42 см. Оценка по Апгар 7/8 баллов

Из анамнеза: беременность четвертая, роды вторые (миниаборт-1, выкидыш-2). Течение данной беременности: 1 половина - без особенностей, 2 половина- угроза прерывания беременности, анемия 1-2 ст., Lues при беременности, лечение не получала.

Акушерский диагноз матери: Беременность 30-31 неделя. Преждевременные роды. Монохориальная диамниотическая двойня. Lues при беременности. Не леченный. Резус-отрицательная кровь, без титра АТ. Анемия легкой степени. Дистресс плода, хронический. Амниотомия.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика ведения больного на момент поступления?
3. Назначьте необходимое обследование.
4. Какие существуют методы диагностики врожденного сифилиса у новорожденного?
5. Классификация врожденного сифилиса.

6. Перечислите показания к профилактическому лечению новорожденного.
7. Специфическое лечение врожденного сифилиса?
8. Перечислите возможные клинические проявления врожденного сифилиса?
9. Опишите принципы диспансерного наблюдения детей с врожденным сифилисом.
10. Каков возможный прогноз у данного ребенка?

### Задача №6

В центральную районную больницу поступил ребенок в возрасте 3 недели с жалобами на частые приступы цианоза с 10-дневного возраста. От 1 беременности, роды в срок, 3500, выписан из р/д на 5 сутки, отмечали шум в сердце, было рекомендовано обследование у кардиолога, но до настоящего времени родители ребенка на обследование не привозили в связи с хорошим самочувствием. При осмотре диффузный цианоз, SpO<sub>2</sub> 75%, в легких дыхание пуэрильное, границы сердца не расширены, шум грубый систолический на всех точках максимум 2-3 м/р слева от грудины, на основании также ослабление 2 тона, печень + 2,0 см из-под края реберной дуги, отеков нет. АД 90/45 на руках, 80/40 на ногах, пульс в норме на всех конечностях. В ОАК гемоглобин 160 г/л. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка. На рентгенограмме грудной клетки гиперпрозрачность легочных полей. Попытка оксигенотерапии не снижает степени цианоза.

Ваше мнение о диагнозе:

1. Пневмония
2. ВПС с гиперволемией малого круга
3. ВПС с гиповолемией малого круга
4. ДМЖП
5. ДМПП
6. Транспозиция магистральных артерий с ОАП либо ДМЖП
7. Тетрада Фалло
8. Тетрада Фалло + ОАП
9. Врожденный комплекс Эйзенменгера

### Задача №7.

В центральную районную больницу поступил ребенок в возрасте 3 недели с жалобами на частые приступы цианоза с 10-дневного возраста. От 1 беременности, роды в срок, 3500, выписан из р/д на 5 сутки, отмечали шум в сердце, рекомендовано обследование у кардиолога, до настоящего времени родители ребенка на обследование не привозили в связи с хорошим самочувствием. При осмотре диффузный цианоз, SpO<sub>2</sub> 75%, в легких дыхание пуэрильное, границы сердца не расширены, ЧСС 150/мин, шум грубый систолический на всех точках максимум 2-3 м/р слева от грудины, на основании также ослабление 2 тона, печень + 2,0 см из-под края реберной дуги, отеков нет. АД 90/45 на руках, 80/40 на ногах, пульс в норме на всех конечностях. В ОАК гемоглобин 160 г/л. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка. На рентгенограмме грудной клетки гиперпрозрачность легочных полей. Попытка оксигенотерапии не снижает степени цианоза. Ваше мнение о необходимости следующих лечебно-диагностических мероприятий:

1. Продолжение оксигенотерапии
2. Назначение диуретиков
3. Назначение дигоксина
4. Назначение капотена
5. Ничего не делать и ждать санавиацию

6. Назначение анаприлина
7. Назначение аспирина
8. Начать инфузию простагландина E
9. Начать инфузию допамина

#### **Задача №8**

Новорожденный в возрасте 3 недели погиб на дому внезапно без признаков насильственной смерти.

Из анамнеза - От 1 беременности, протекавшей с многоводием, роды в 38 недель, масса при рождении 2800, выписаны домой на 5 сутки, в поликлинике наблюдался в группе 2А, вскармливание грудное, оценки суточного объема кормления не проводилось. Какую причину смерти Вы считаете наиболее вероятной ?

1. Внебольничная пневмония
2. Аспирация рвотных масс
3. Синдром внезапной смерти младенцев
4. Синдром внезапной сердечной смерти
5. Внутриутробная инфекция, миокардит

#### **Задача №9**

Недоношенный новорожденный возраст 1 мес, перенес ГБН с ЗПК, гестационный возраст 43 недели, масса при рождении 1800, к 1 месяцу масса 1980, гемоглобин 74 г/л, выписан домой, погиб в 1 сутки после выписки по дороге домой без признаков насильственной смерти. Какую причину смерти считаете наиболее вероятной ?

1. Внебольничная пневмония
2. Аспирация рвотных масс
3. Синдром внезапной смерти младенцев
4. Апноэ недоношенных
5. Геморрагический шок

## **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

### **« ПЕДИАТРИЯ» (ординатура)**

#### **Экзаменационный билет № 1**

1. Младенческая смертность(МС). Показатели, ранговая структура МС в Иркутской области и РФ. Управляемые причины младенческой смерти.
2. Кашель у детей. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз.

3. Артериальная гипертензия у детей. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз.

#### **Экзаменационный билет № 2**

1. Младенческая смертность(МС). Особенности причин МС по МКБ -10 Класса XVI (ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ). Пути снижения перинатальной смертности.
2. Анемии у детей. Дифференциальный диагноз анемий у детей.
3. Задержка физического развития у детей. Этиология. Диагностический алгоритм.

#### **Экзаменационный билет № 3**

1. TORCH –синдром. Принципы диагностики. Специфическая терапия.
2. Лимфопролиферативный синдром у детей. Этиология .
3. Лихорадка у детей.

#### **Экзаменационный билет № 4**

1. Недоношенный ребенок. Принципы ухода и выхаживания недоношенного ребенка с ОНМТ и ЭНМТ.
2. Пневмонии у детей раннего возраста. Стандарт диагностики и лечения.
3. Судорожный синдром у детей. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.

#### **Экзаменационный билет № 5**

1. Неонатальные желтухи. Дифференциальный диагноз, современные принципы консервативной терапии.
2. Нарушения питания у детей. Этиология и патогез. Принципы диетотерапии.
3. ОСЛТ. Неотложная помощь.

#### **Экзаменационный билет №6**

1. Принципы вскармливания детей 1-ого года жизни.
2. Ревматический кардит. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Диспансерное наблюдение.
3. Бронхиолит. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение. Диспансерное наблюдение детей, перенесших бронхиолит.

#### **Экзаменационный билет №7**

1. Хронический гастрит (гастродуоденит) у детей, этиология, патогенез. Особенности клинической картины в зависимости от локализации и гистологического типа поражения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Современное лечение у детей. Диспансерное наблюдение.
2. Лечение госпитальной пневмонии. Диспансерное наблюдение детей, перенесших пневмонию.
3. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Современное консервативное лечение, показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.

#### **Экзаменационный билет №8**

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, этиология, патогенез. Особенности клинической картины у детей. Осложнения.
2. Врожденный гипотиреоз. Этиология, патогенез, клиническая картина. Осложнения.
3. Дифтерия зева у детей. Клиника и дифференциальный диагноз. Лечение.

#### **Экзаменационный билет №9**

1. Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, дифференциальный диагноз. Современное лечение у детей. Диспансерное наблюдение.
2. Сальмонеллез у детей. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение детей, перенесших сальмонеллез.
3. Неревматический кардит. Этиология, патогенез, клиническая картина.

#### **Экзаменационный билет №10**

1. Инфекции органов мочевой системы у детей, этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина острого и хронического пиелонефрита, особенности клиники у детей грудного возраста.
2. ДВС-синдром, классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Принципы лечения.
3. Гипотиреоз. Этиология, патогенез, клиническая картина. Осложнения

#### **Экзаменационный билет №11**

1. Неспецифический язвенный колит у детей, этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современное лечение у детей. Принципы диспансерного наблюдения.
2. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
3. Вегето-сосудистая дистония. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Современное лечение. Диспансерное наблюдение детей с вегето-сосудистой дистонией.

#### **Экзаменационный билет №12**

1. Хронический гепатит, этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Современное лечение у детей. Принципы диспансерного наблюдения.
2. Пиелонефрит, диагноз и дифференциальный диагноз. Современное лечение острого и хронического пиелонефрита у детей. Диспансерное наблюдение детей с инфекцией органов мочевой системы.
3. Перинатальная энцефалопатия. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение. Последствия.

#### **Экзаменационный билет №13**

1. Острый интерстициальный нефрит, этиопатогенез, классификация. Клиника. Лечение различных вариантов острого интерстициального нефрита. Диспансерное наблюдение.
2. Диффузное увеличение щитовидной железы. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.
3. Асфиксия новорожденных. Этиология. Оказание реанимационной помощи новорожденному в родзале.

#### **Экзаменационный билет №14**

1. Клиника и дифференциальный диагноз дифтерии гортани у детей. Лечение. Диспансерное наблюдение детей, перенесших дифтерию.

2. Нарушение сердечного ритма, синдром слабости синусового узла. Этиология, патогенез, клинико-инструментальная картина. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
3. Судорожный синдром у детей. Дифференциальный диагноз.

### **Экзаменационный билет №15**

1. Острый гломерулонефрит у детей. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Осложнения.
2. Болезнь Кавасаки. Представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
3. Пневмонии у детей раннего возраста. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение. Диспансерное наблюдение детей, перенесших пневмонию

### **Экзаменационный билет №16**

1. Жизнеугрожающие аритмии. Неотложная помощь
2. Муковисцидоз. Этиология, патогенез, клиническая картина.
3. Острый гломерулонефрит у детей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диспансерного наблюдения

### **Экзаменационный билет №17**

1. Хронический гломерулонефрит у детей. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.
2. Острые респираторные вирусные инфекции у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника и дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Вегето-сосудистая дистония. Лечение вагоинсулярного и симпатoadреналового кризов. Диспансерное наблюдение детей с вегето-сосудистой дистонией.

### **Экзаменационный билет №18**

1. Острая почечная недостаточность у детей. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз.
2. Лейкоз. Ранняя диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения терапии.
3. Тиреоидит. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение.

### **Экзаменационный билет №19**

1. Принципы лечения острой почечной недостаточности у детей. Диспансерное наблюдение детей, перенесших острую почечную недостаточность.
2. Врожденный гипотиреоз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
3. Клиника дифтерии редкой локализации (носа, глаз, кожи, половых органов). Лечение

### **Экзаменационный билет №20**

1. Гемолитико-уремический синдром у детей. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
2. Дифтерия у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация.
3. ВПС, тетрада Фалло, гемодинамические нарушения. Клиническая картина. Лечение одышечно-цианотических приступов.

### **Экзаменационный билет №21**

1. Менингококковая инфекция у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина и дифференциальный диагноз генерализованных

- форм менингококковой инфекции. Лечение. Диспансерное наблюдение детей, перенесших менингококковую инфекцию.
2. Хроническая недостаточность кровообращения. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Диспансерное наблюдение детей с недостаточностью кровообращения.
  3. Гипоталамический синдром. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина.

### **Экзаменационный билет №22**

1. Генерализованная менингококковая инфекция у детей. Инфекционно-токсический шок (септический) при менингококковой инфекции. Синдром Уотерхауса-Фридериксена. Лечение инфекционно-токсического шока при менингококковой инфекции.
2. Гипотиреоз. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
3. Нарушение сердечного ритма, атриовентрикулярные блокады. Этиология, патогенез, клиничко-инструментальная картина. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

### **Экзаменационный билет №23**

1. Менингит у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лечение менингита у детей. Диспансерное наблюдение детей, перенесших менингит.
2. Бронхиальная астма у детей. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина.
3. Геморрагическая болезнь новорожденного. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.